



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

Esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital especializado en salud mental

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con
mención en Psicología Clínica y de la Salud

AUTOR

Dennys Vanessa BARREDA SÁNCHEZ-PACHAS

ASESOR

Alberto Loharte QUINTANA PEÑA

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Barreda, D. (2020). *Esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital especializado en salud mental*. Tesis para optar el grado de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Unidad de Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	“—”
DNI o pasaporte del autor	10559154
Código ORCID del asesor	0000•0003•4305•137X
DNI o pasaporte del asesor	25592284
Grupo de investigación	“—”
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	<p>Lima, Perú Distrito: Santa Anita Dirección: Carretera central HM 3.5 S/N Lugar : Hospital Hermilio Valdizán <u>Coordenadas geográficas:</u> Cono Este, latitud sur de 11° 56' 00" a 12° 02' 36" sur y 77° 01' 42" Oeste y una longitud de 76° 42' 04" a 76° 57'09", tiene un área de 50,874 m²</p>
Año o rango de años que la investigación abarcó.	Abarcó desde 2013•2018
Disciplinas OCDE	Psicología http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.02



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 15:30 horas del día martes 11 de febrero de 2020, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Pedro García Pizarro e integrado por:

Dr. Pedro García Pizarro	(Presidente)
Mg. Alberto Quintana Peña	(Asesor)
Mg. Betty Peña Tomás	(Miembro)
Dra. Gloria Díaz Acosta	(Informante)
Mg. Fredrik Lúcar Vidal	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud de la Bachiller **DENNYS VANESSA BARREDA SANCHEZ PACHAS** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada *Esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital especializado en salud mental* con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

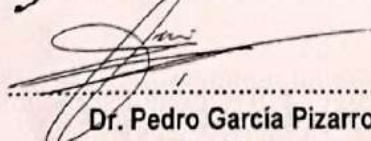
Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

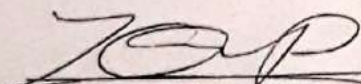
16 (Dieciséis)

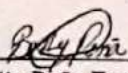
A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

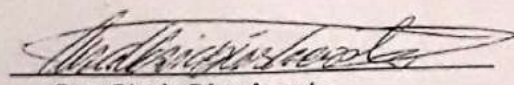
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

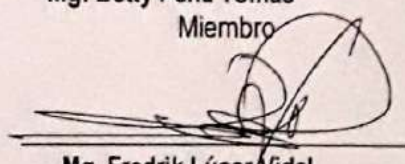
Se extiende la presente ACTA a las 16:44 del 11 de febrero de 2020.


Dr. Pedro García Pizarro
Presidente


Mg. Alberto Quintana Peña
Asesor


Mg. Betty Peña Tomás
Miembro


Dra. Gloria Díaz Acosta
Informante


Mg. Fredrik Lúcar Vidal
Informante

Dedicado a Dios y a Santa María, por
estar presentes en todo momento.

A mis padres por su apoyo
inconmensurable.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, Mg. Alberto Quintana Peña, por su apoyo y guía constantes.

Al Dr. Edgar Rodríguez Vílchez, por sus valiosas enseñanzas respecto a la Terapia de Esquemas.

A la psiquiatra Ivanna Barreda Estrada, por su inestimable apoyo al inicio de la investigación.

A las autoridades del Hospital, quienes tuvieron la gentileza de brindarme el permiso para la realización de la presente investigación.

Al profesor Edgar Herrera Farfán, por su valioso aporte en críticas constructivas.

A los participantes de la muestra de trabajo sin los que no habría sido posible este estudio.

A toda persona que hizo factible el desarrollo y culminación de la investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Pg.
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Situación Problemática.....	10
1.2. Formulación del Problema.....	13
1.4. Justificación Teórica.....	14
1.5. Justificación Práctica.....	15
1.6. Objetivos.....	15
1.6.1. Objetivo General.....	15
1.6.2. Objetivos Específicos.....	16
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Marco Epistemológico de la Investigación.....	17
2.2. Antecedentes de Investigación.....	20
2.3. Bases Teóricas.....	26
2.4. Definición de Términos Básicos.....	64
2.5. Sistema de Hipótesis.....	65
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	67
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	67
3.2. Población y Muestra de Estudio.....	67
3.3. Variable de Estudio.....	75
3.4. Técnicas de Recolección de Datos.....	76
3.5. Procedimiento de Recolección de Datos.....	80
3.6. Análisis e Interpretación de la Información.....	81
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	82
4.1. Resultados Descriptivos de la Investigación.....	82
4.2. Pruebas de Hipótesis.....	85
4.3. Análisis, Interpretación y Discusión de Resultados.....	93
CONCLUSIONES.....	105
RECOMENDACIONES.....	108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS.....	113

LISTA DE TABLAS

	Pg.
Tabla 1	
Grupos Etarios Según Sexo	69
Tabla 2	
Muestras de Personas Con y Sin Depresión según Sexo	71
Tabla 3	
Estado Civil en Personas Con y Sin Depresión.....	72
Tabla 4	
Grado de Instrucción en Personas Con y Sin Depresión	74
Tabla 5	
Ocupación en Personas Con y Sin Depresión	75
Tabla 6	
Ítems del YSQ-S3 por Esquemas y Dimensiones	79
Tabla 7	
Análisis de la Bondad de Ajuste a la Curva Normal de cada Dimensión y Esquema	83
Tabla 8	
Valores Promedio de los Esquemas en Personas Con y Sin Depresión	85
Tabla 9	
Prueba U de Mann-Whitney para la variable esquemas	86
Tabla 10	
Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Desconexión y Rechazo	87
Tabla 11	
Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Perjuicio en Autonomía y Desempeño	89
Tabla 12	
Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Dirigido por las Necesidades de los Demás	90
Tabla 13	
Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Sobrevigilancia e Inhibición	91
Tabla 14	
Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Límites Inadecuados	92

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pg.
Ilustración 1	
Integración de conceptos básicos de los esquemas disfuncionales tempranos. Elaboración propia (Young et al. 2013)	29
Ilustración 2	
Formación de los esquemas disfuncionales tempranos. Elaboración propia (Young et al. 2013)	32
Ilustración 3	
Dimensiones de Esquemas disfuncionales tempranos. Elaboración propia (Young et al. 2013)	37
Ilustración 4	
Esquemas de la dimensión desconexión y rechazo. Elaboración propia (Young et al. 2013)	38
Ilustración 5	
Esquemas de la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño. Elaboración propia (Young et al. 2013)	44
Ilustración 6	
Esquemas de la dimensión dirigido por las necesidades de los demás. Elaboración propia (Young et al. 2013)	48
Ilustración 7	
Esquemas de la dimensión sobrevigilancia e inhibición. Elaboración propia (Young et al. 2013)	52
Ilustración 8	
Esquemas de la dimensión límites inadecuados. Elaboración propia (Young et al. 2013)	56
Ilustración 9	
Conceptos Base del Modelo Cognitivo. Elaboración propia (Beck, 1983)	61
Ilustración 10	
Grupos Etarios Según Sexo	70
Ilustración 11	
Muestra Con y Sin Depresión Según Sexo	71
Ilustración 12	
Estado Civil en Personas Con y Sin Depresión.....	73

ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS EN PERSONAS CON Y SIN DEPRESIÓN ATENDIDAS EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL

Resumen

Los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) son patrones generales que guían la vida de las personas, manifestándose en diversas alteraciones psicológicas, un problema álgido en la salud mental mundial es la depresión, en ésta se presenta la sensación de vacío, tristeza, disminución de la vitalidad e incapacidad de disfrute. De ahí, que la presente investigación tenga por objetivo conocer las diferencias en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos presentes en una personas con y sin depresión; para ello se trabajó con 100 participantes atendidos en consulta externa de un hospital especializado en salud mental, 51 con depresión y 49 sin depresión. Para diferenciar la muestra de personas con depresión, se utilizó el Inventario de Depresión Beck-II (IDB-II) y para evaluar la magnitud de los esquemas activados se trabajó con el Cuestionario de Esquemas de Young - versión breve (YSQ-S3). Los resultados muestran que existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en todas las dimensiones de esquemas, esta diferencia se encontró también al hacer un análisis por esquemas, a excepción del esquema castigo. Es decir, que las personas con depresión tienden con mayor predisposición a generar vínculos dañinos, muestran inseguridad en su desempeño y autonomía, dirigen su comportamiento en función a la respuesta de los demás, no se permiten disfrutar de las experiencias y presentan problemas en la autodisciplina y reciprocidad. Sin embargo, ambos grupos se caracterizan por tener conductas punitivas al ser intolerantes ante los errores.

Palabras clave: Esquemas disfuncionales tempranos, depresión, dimensión de esquemas.

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN PEOPLE WITH AND WITHOUT DEPRESSION ATTENDED IN A HOSPITAL SPECIALIZED IN MENTAL HEALTH

Abstract

Early Maladaptive Schemas (EMS) are general patterns that guide people's lives, manifesting themselves in different psychological disorders, a critical problem in global mental health is depression, it presents the feeling of emptiness, sadness, decreased vitality and inability to enjoy. Hence, the present research aims to know the differences in the magnitude of the early maladaptive schemas present in a person with and without depression; For this, worked with 100 participants treated in an outpatient clinic of a hospital specialized in mental health, 51 with depression and 49 without depression. To differentiate the sample of people with depression, used the Beck-II Depression Inventory (IDB-II) and to evaluate the magnitude of the activated schemes, worked with the Young Schemas Questionnaire - short form (YSQ-S3) was used. The results show that there is a statistically significant difference between both groups in all the dimensions of schemas, this difference was also found when making an analysis by schemas, with the exception of the punishment schema. That is, people with depression tend to be more likely to generate harmful links, show insecurity in their performance and autonomy, direct their behavior based on the response of others, are not allowed to enjoy the experiences and present problems in self-discipline and reciprocity. However, both groups are characterized by punitive behavior by being intolerant of mistakes.

Keywords: Early maladaptive schema, depression, schema dimensions.

CAPITULO 1 INTRODUCCIÓN

La presente investigación, se realiza con la finalidad de demostrar la diferencia de los esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión en muestras clínicas, se presentan los siguientes capítulos:

En el capítulo I, se describe la situación problemática, la formulación del problema, la justificación tanto teórica como práctica, así como los objetivos de la investigación.

En el capítulo II, se exponen los antecedentes de la investigación y se describe el marco teórico conceptual que sustenta la investigación. Se plantean la definición de términos básicos y el sistema de hipótesis.

En el capítulo III, se desarrollan los aspectos metodológicos del estudio, describiéndose el tipo y diseño de investigación, la población y muestra de estudio, la variable investigada, las técnicas y el procedimiento de recolección de datos, así como el análisis e interpretación de resultados.

En el capítulo IV, se exponen los resultados descriptivos de la investigación, efectuados para las pruebas de las hipótesis y el análisis, interpretación y discusión de resultados. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

1.1. Situación Problemática

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión encabeza las causas de los problemas de salud y discapacidad a nivel mundial. En diez años, entre el 2005 y 2015, hubo un incremento de más del 18% de personas que la padecieron (Organización Mundial de la Salud, 2017). En el año 2015 hubo aproximadamente 300 millones de personas afectadas a nivel mundial y es el componente principal por el que se eleva la tasa de suicidio (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En el Perú debido a la depresión unipolar se pierden 11.4 años de vida saludables (AVISA) por mil habitantes. (Ministerio de Salud del Perú, 2014).

De las pérdidas económicas que se producen en el Perú por problemas de salud mental, la depresión genera gastos de cinco millones de soles aproximadamente. (La República, 2015).

Bajo este panorama, se hace necesario realizar un estudio sobre la depresión que permita conocer los sustratos psicológicos del problema a fin de facilitar posteriormente una adecuada intervención para una efectiva promoción de la salud y el bienestar, así como prevención y tratamiento respecto a la depresión.

En la actualidad existen datos a nivel internacional de diversos estudios en los que ha quedado comprobada la eficacia de la terapia cognitiva conductual respecto a otras alternativas terapéuticas para el tratamiento de la depresión, incluso a largo plazo respecto a la prevención de recaídas (Hollon, & Ponniah, 2010, citados en Carrobbles, 2011). Sin embargo, Beck uno de los principales representantes de este modelo de tratamiento refiere que, pese a que muchos pacientes son ayudados bajo esta terapia con una tasa de éxito reportada del 60%, un 30% de ellos presenta recaídas después de un año (Young, Weinberger & Beck, 2001, citados en Young, Klosko, & Weishaar, 2013). Ello representa un desafío para la psicología cognitiva conductual, debido a que la presencia de depresión, afecta el

desenvolvimiento cotidiano de la persona y dependiendo de su gravedad, puede llegar a ser incluso incapacitante; las repercusiones de ésta no sólo se evidencian a nivel personal sino que llegan a afectar la dinámica familiar así como los distintos ámbitos donde se desenvuelve la persona, por ejemplo, provocando ausencias laborales (Catalán, 2006). Frente al desafío presentado Jeffrey Young, discípulo de Aaron Beck, desarrolla la teoría de esquemas; en la presente investigación se trabaja sobre los aportes de ambos autores.

Para entender cómo es que se presenta la depresión es importante precisar la influencia de las evaluaciones o interpretaciones de los hechos que hace la persona con síntomas depresivos, ya que de acuerdo al enfoque cognitivo conductual, la evaluación que se realiza de las situaciones influye en el grado de objetividad con que se aprecian los hechos y se guardan en la memoria, implicando también las respuestas emocionales, fisiológicas y de afrontamiento en general, ante determinados eventos. Ciertos estilos o patrones cognitivos que son característicos de la persona dirigen la manera cómo ésta se relaciona con el entorno (Beck, 1983).

Existen patrones cognitivos característicos que, según Beck, se presentan en personas depresivas, quienes se evalúan a sí mismas con críticas muy negativas, el mundo y el futuro son percibidos con desesperanza, provocando sentimientos de tristeza o ira, conduciéndose con apatía y dificultades para disfrutar de diversos eventos (Caro, 1991). Cuando se presenta la depresión sea ello por causas psíquicas, alteración bioquímica, estimulación del hipotálamo u otra causa, se activan los esquemas (Beck, 1983).

Beck sostiene que los esquemas depresivos se aprenden en la infancia y adolescencia como resultado de eventos traumáticos y es sobre la base de estos esquemas que se van generando las cogniciones referidas hacia sí mismo, el mundo y el futuro, conocidas como la triada cognitiva. Una vez aprendidos, los esquemas se activarán cuando la persona propensa a la depresión se encuentre ante una situación que es parecida a las

condiciones en las que el esquema fue aprendido. (Beck, 1967, 1976, citado en Riso y McBride, 2007).

Young amplía y mejora la teoría propuesta por Beck, ambos coinciden en que los esquemas organizan las vivencias, por tanto una vez aprendidos, cada experiencia será interpretada bajo la guía de estos. Desde la perspectiva de la teoría de los esquemas disfuncionales tempranos (en adelante EDT), estos son considerados como patrones que dirigen la conducta actual, no están siempre presentes sino que se activan ante situaciones y personas específicas (Young, & Klosko, 2001). El individuo no es consciente de la atracción hacia determinado tipo de personas y situaciones, lo que se denomina “química del esquema”, debido a que es la única realidad que conoce y a la que aprendió a adaptarse; cuanto mayor es el problema que aqueja a la persona mayor intensidad tiene el EDT. (Young, Klosko & Weishaar, 2013).

Los EDT son los temas centrales de experiencias dañinas de la infancia que guardan similitud con situaciones del presente; estos se formaron por necesidades psicológicas básicas no satisfechas adecuadamente y el temperamento propio del niño, están contenidos de emociones intensas, memorias, cogniciones y sensaciones corporales. Las experiencias dañinas de la infancia denominadas por Young “tóxicas” se pueden generar por una deficiente satisfacción de necesidades, traumatización, internalización selectiva de las características de algún progenitor o desmedida y distorsionada satisfacción de necesidades, como protección y libertad sin límites. En cada una de las vivencias tóxicas, la persona experimentó que no se llegaron a satisfacer adecuadamente las necesidades psicológicas básicas. Estas son cinco: afecto seguro, autonomía y desempeño, libertad para expresar necesidades, emociones y pensamientos; espontaneidad y juego, y límites realistas y autocontrol. Cuando alguna de estas necesidades no se cubre adecuadamente se generan los dominios o dimensiones que engloban a un grupo particular de esquemas, los cuales presentan la misma necesidad que no se satisfizo convenientemente (Young, et al., 2013). Dentro del campo de la psicología clínica y de la salud, es crucial tener en cuenta las experiencias de la infancia pues de

acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2017), antes de los 14 años comienzan la mitad de los trastornos mentales, y dentro del grupo etario adolescente la depresión ocupa el tercer lugar de estos problemas.

Es importante precisar que de acuerdo a lo propuesto por Young, los esquemas están presentes también en la población regular sin problemas clínicos; sin embargo, en poblaciones con trastornos psicológicos, estos esquemas se vuelven más extremos y rígidos; sostiene además que casi todos los esquemas pueden producir ansiedad, depresión, adicciones, entre otros problemas psíquicos e incluso algunos pacientes teniendo el mismo problema pueden presentar unos esquemas mientras que otros no, cabe preguntarse entonces si aún dentro de los diferentes problemas psicológicos existen diferencias en los EDT (Young, et al., 2013).

1.2. Formulación del Problema

1.2.1 *Problema general*

¿Qué diferencia existe respecto a los esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental?

1.2.2 *Problemas específicos*

¿Qué diferencia existe respecto a los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión desconexión y rechazo en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental?

¿Qué diferencia existe respecto a los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental?

¿Qué diferencia existe respecto a los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en de personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental?

¿Qué diferencia existe respecto a los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión sobrevigilancia e inhibición en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental?

¿Qué diferencia existe respecto a los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión límites inadecuados en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental?

1.3. Justificación Teórica

En función a lo descrito al finalizar la presentación de la situación problemática, debido a que los autores de la teoría de esquemas sostienen que los esquemas disfuncionales tempranos, se muestran rígidos y extremos en personas con trastornos psicológicos a diferencia de la población regular, es importante describir cómo se presentan los EDT en una muestra clínica, como primer paso, describir qué EDT se presentan en mayor magnitud tanto en una muestra con depresión como en las personas sin depresión pero con otros problemas psíquicos. De otro lado, el postulado teórico en el que se sostiene que algunos pacientes con depresión tendrán unos esquemas diferentes a los de otros pacientes con esta misma afección, requiere ser estudiado para describir específicamente qué esquemas están más afectados en personas con depresión.

Finalmente, la teoría indica que casi todos los esquemas pueden provocar diversas alteraciones psicológicas, es preciso investigar si existe alguna diferencia en la magnitud de los EDT dentro de los diversos problemas psíquicos en comparación con la depresión por ser éste un problema álgido en la salud mundial.

1.4. Justificación Práctica

Por lo expuesto, el presente estudio resulta relevante, ya que busca aportar un mejor conocimiento de las personas con depresión de acuerdo a cómo se presentan sus esquemas disfuncionales tempranos, a diferencia de las personas que pudieran presentar alguna otra afección psíquica, por ello en la presente investigación se ha optado por trabajar sobre la muestra de personas atendidas en un hospital especializado en salud mental. La depresión tiende a ser perturbadora del estilo de vida saludable y el evaluar el tema de fondo, como son los esquemas disfuncionales tempranos, contribuirá a fomentar una intervención sea de promoción, prevención o tratamiento terapéutico más efectivos.

1.5. Objetivos

1.5.1. *Objetivo general*

Conocer la diferencia en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

1.5.2. Objetivos específicos

Establecer la diferencia en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión desconexión y rechazo en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

Establecer la diferencia en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

Establecer la diferencia en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

Establecer la diferencia en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión sobrevigilancia e inhibición en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

Establecer la diferencia en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión límites inadecuados en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Epistemológico de la Investigación

La presente investigación se sustenta en la teoría de la terapia de esquemas desarrollada por Young, quien a partir de su práctica clínica, observó que para conceptualizar un caso y realizar psicoterapia a pacientes crónicos, especialmente con trastornos de personalidad, trabajar con énfasis centrado en el presente como lo hace la psicología cognitiva conductual, era insuficiente (Young, et al., 2013), se requería tomar en cuenta también los problemas de la infancia, por ello integra elementos de la teoría del apego de Bowlby (1997) para quien los vínculos afectivos establecidos durante la infancia y adolescencia, son los principales determinantes del curso y organización de la personalidad del sujeto. Así, cuando se presenta una psicopatología, esta se puede explicar a partir de que el desarrollo psicológico de la persona se ha desviado o ha seguido un curso atípico.

Por otro lado, la teoría de esquemas combina, además, el factor emotivo sobre el que incide la terapia Gestalt (Perls, 1976), útil para el autoconocimiento, lo que favoreció el tratamiento al estimular las emociones y abrir al paciente a sus experiencias emocionales bloqueadas (Van Nuys, s.f.). Este énfasis, contribuye a la explicación del componente emotivo de la conducta, ya que cuando un EDT se activa, contiene una fuerte carga emocional, debido a la correspondencia con la experiencia dañina vivida en los primeros años de vida. (Young, et al., 2013).

Por tanto, el modelo propuesto por Young se considera integración teórica, sin dejar el orden activo y organizado de la psicología cognitiva conductual sobre cuya estructura se adaptan aportes de otros modelos psicológicos, debido a que incorpora los conceptos de los enfoques mencionados anteriormente cuya fusión incluye también técnicas específicas, con el objetivo de que la efectividad del modelo integrado sea mayor que el de cada uno de los enfoques por separado. Diferente al eclecticismo técnico que se centra en las estrategias y procedimientos independientemente de la teoría que le dio origen. (Feixas y Botella, 2004).

En consecuencia, Young considera este modelo integracionista diferenciándolo del eclecticismo el cual, según refiere, se caracteriza por probar estrategias de diversos enfoques mutando indistintamente sin integrar; empero lo que él hace es combinar los elementos mencionados de manera sistemática generando así un modelo completo basado en el concepto de esquemas que reúne los aportes específicos de las otras terapias. Hace hincapié que no trabaja bajo ensayo y error, sino que realiza una justificación del uso de determinadas técnicas en momentos específicos combinándolas de manera sistemática (Van Nuys, s.f.).

La teoría de esquemas sostiene que estos influyen de manera no consciente en los pensamientos, afectos y conductas a través del proceso inconsciente de información (Riso & McBride, 2007); es decir, que se han aprendido de tal manera que quedaron automatizados en el repertorio conductual; este y los demás principios de la teoría de esquemas que se trabajan en el presente estudio, se han desarrollado sobre la base de la teoría cognitiva de Aaron Beck, quien trata el tema de esquemas desde sus primeros documentos en la década del sesenta del siglo XX. Al investigar sobre las causas y un tratamiento óptimo para la depresión, sostiene que las creencias hacia sí mismo, el mundo y el futuro, a las que denomina triada cognitiva, tienen como base a los esquemas; los cuales se aprenden durante la infancia y adolescencia, a través de la imitación de modelos, por la repetición de eventos negativos o por experimentar eventos traumáticos. Hace mención, además, que una vez aprendidos los esquemas se activan en el momento presente ante situaciones que son percibidas como parecidas a aquellas en las que el esquema fue aprendido. (Beck, 1983).

En relación a lo indicado, estudios recientes han demostrado la relación mediadora de los esquemas entre los estilos parentales y el desarrollo de síntomas de depresión (Lucadame, et al., 2017).

Desde la Terapia Cognitiva, se postula que las personas atienden selectivamente a estímulos específicos, pues aunque una misma situación pueda ser percibida por cada sujeto de manera diferente, una persona en particular tiende a responder de manera similar ante fenómenos que presentan características comunes.

El esquema constituye la base sobre la cual cada experiencia vivida es transformada en cogniciones, de ahí que las evaluaciones o interpretaciones de los hechos se realizan desde un marco de referencia personal; tal como refiere Beck (1983), es la “base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se encuentra el individuo” continúa mencionando que la persona “categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas”. (p. 21).

Es importante mencionar que tanto Beck como Young hacen referencia a que los esquemas no están siempre activos, estos se activarán ante experiencias parecidas a las que generaron el aprendizaje del esquema. Asimismo, es importante precisar que existen esquemas funcionales y disfuncionales, tempranos y otros que se generan más tarde; en la presente investigación se hace referencia a los esquemas disfuncionales y tempranos por ser estos los que dificultan de manera más crítica el desarrollo integral de la persona. (Young, Klosko y Weishaar, 2013).

En el caso de la depresión, los esquemas determinan cómo el individuo estructura la experiencia, es así que se elaboran distorsiones cognitivas acerca de sí mismo, el mundo y el futuro. El emparejamiento entre la experiencia vivida y un esquema funcional se altera por la irrupción de esquemas disfuncionales activados justamente por la similitud antes mencionada entre el hecho y el esquema aprendido. Conforme estos esquemas disfuncionales se van haciendo más activos estarán aún más presentes ante una serie de eventos vividos, incluso aunque vayan teniendo escasa conexión lógica entre ellos. De esta manera, la persona va perdiendo el control voluntario de los pensamientos que afloran acerca de

los acontecimientos, siendo incapaz de recurrir a esquemas funcionales. (Beck, 1983).

Al respecto, según Beck, los pacientes con depresión leve tienen la capacidad de evaluar sus pensamientos con cierta objetividad, la cual se va debilitando conforme el nivel o intensidad de la depresión es mayor.

2.2. Antecedentes de Investigación

Las investigaciones que se presentan a continuación pretenden dar a conocer los antecedentes que sustentan la relevancia del tema a estudiar, así como guiar el proceso de investigación.

Basile, Tenore y Mancini (2018) estudiaron a una muestra de 203 voluntarios de Estados Unidos de América, a quienes evaluaron vía internet con la finalidad de estudiar en una muestra no clínica la relación entre la depresión con los esquemas disfuncionales tempranos, así como con el estilo de afrontamiento evitativo y los modos de afrontamiento. Luego del análisis de estas variables en la muestra general, realizaron también las correlaciones con dos subgrupos, para ello subdividieron la muestra discriminando entre personas sin depresión y personas con puntuación muy alta de depresión siendo 57 y 51 participantes respectivamente. Utilizaron los siguientes instrumentos: una entrevista semiestructurada, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos- (CES-D), compuesta de 20 ítems que permiten medir los síntomas depresivos, The Young Schema Questionnaire - Forma corta (YSQ-SF), evalúa 15 esquemas con sus 75 ítems, el Inventario de Evitación de Young y Rygh (YRAI) y el Inventario de Modo de Esquema (SMI).

En la muestra completa se encontró asociación significativa entre la severidad de la depresión y los esquemas disfuncionales tempranos de Imperfección, grandiosidad, abandono, normas inalcanzables, privación emocional y exclusión social, así como con los modos y el estilo de afrontamiento evitativo.

El resultado en el subgrupo con muy alta depresión, evidenció una correlación moderada con diez de los 15 esquemas que mide la prueba, a excepción de cinco de ellos: fracaso, dependencia, enmarañamiento, subyugación e inhibición emocional; a diferencia del subgrupo no deprimido que sólo correlacionó el puntaje obtenido en la (CES-D), con normas inalcanzables y grandiosidad. Concluyeron que los EDT específicos, los modos y estrategias de afrontamiento evitativos son característicos en personas deprimidas.

Esta investigación muestra que dentro de una muestra general pueden presentarse diversos esquemas con diferentes intensidades, pero específicamente en las personas con síntomas depresivos intensos hay no solo mayor presencia de los diversos esquemas sino que estos se presentan más intensos, habiendo diferencia con las personas que no presentan síntomas de depresión.

Lucadame, Cordero y Daguerre (2017) analizaron el papel mediacional de los esquemas disfuncionales tempranos entre los estilos parentales y el desarrollo de síntomas de depresión. Estudiaron a 310 estudiantes de psicología en Uruguay, con edades fluctuantes entre los 18 y 46 años, un 77% fueron mujeres. Los instrumentos utilizados comprendieron al Cuestionario de esquemas de Young-forma reducida de 75 ítems el cual evalúa 15 esquemas, el Inventario de estilos parentales de Young compuesto de 72 ítems, evalúa 17 esquemas y el Listado de síntomas breves (LSB-50) de Rivera y Abuín. El resultado mostró que la mediación de los esquemas, entre los dominios de estilos parentales y los síntomas de depresión fueron casi iguales tanto en la madre como en el padre, debido a que en todos los casos se presentó la mediación de los esquemas abandono, exclusión social e insuficiente autocontrol; esta mediación se presentó de manera parcial para la madre en los dos primeros esquemas mencionados y fue completa para el padre.

La investigación muestra que entre un estilo de crianza de un padre y/o madre y el desarrollo de la depresión hay un esquema de por medio que se formó por un estilo de crianza en el que no se desarrolló adecuadamente el apego seguro así como la dificultad en marcar límites adecuados -

dimensiones que incluyen a los esquemas presentados-, de acuerdo al recuerdo de la crianza recibida por la muestra de estudio. En esta investigación se evidencia cuán fuerte puede ser la intensidad de los síntomas si los esquemas se van formando por los estilos de crianza de ambos padres y aunque en la madre sea la mediación parcial se muestran igual afectados los dominios de apego seguro y límites adecuados.

Ribeiro, dos Santos, Cazassa y da Silva Oliveira (2014) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar la diferencia en los puntajes obtenidos en esquemas disfuncionales tempranos (EDT) en sujetos con y sin depresión; así también evaluaron la relación entre los EDT y los síntomas de depresión, para ello trabajaron con una muestra de 238 personas de la población general de la ciudad de Porto Alegre en Brasil; 120 personas fueron identificadas con depresión y 118 sin depresión con un rango de edades entre los 18 y 59 años. Para la investigación usaron el Cuestionario de Esquemas de Young-Forma reducida (YSQ-S2) de 75 ítems y la Escala Factorial de Ajuste Emocional/Neuroticismo de Hutz y Nunes (EFN), de los cuatro factores que componen esta escala: vulnerabilidad, inadaptación psicosocial, ansiedad y depresión, usaron la subescala de depresión compuesta por 20 ítems. Los resultados indicaron una correlación positiva entre la depresión y los 15 esquemas disfuncionales tempranos así como con los 5 dominios de esquemas. Asimismo, concluyeron que existen diferencias significativas entre los dos grupos evaluados, el grupo con sintomatología depresiva presentó mayor puntuación en todos los EDT que los participantes sin sintomatología depresiva.

Aunque la investigación utiliza instrumentos diferentes en la evaluación persigue objetivos muy similares al presente estudio; se puede observar que los resultados apoyan la teoría en la cual se sostiene que todos los esquemas pueden presentarse en diversos problemas psíquicos; lo relevante aquí es que efectivamente las personas con síntomas de depresión presentan mayor intensidad en la presencia de los esquemas que aquellos que no presentan estos síntomas.

Sierra y Pérez (2014) investigaron el valor mediacional de los esquemas cognitivos (esquemas disfuncionales tempranos), en la relación entre las prácticas de crianza y los problemas de comportamiento de infantes en la ciudad de México, para ello evaluaron una muestra de 184 padres de niños con problemas de comportamiento, según el informe de instituciones educativas; 130 de los menores eran varones y 54 mujeres, con un promedio de edad de 8.7 años. Utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de comportamiento infantil, Inventario de Prácticas de Crianza, Cuestionario de Autoridad Parental y el Cuestionario de Esquemas de Young-Forma abreviada. Los resultados mostraron, en primer lugar que todos los esquemas -a excepción de desconfianza y abuso- se correlacionaron positivamente con los problemas de comportamiento, mayor significancia estadística presentaron abandono, vulnerabilidad y normas inalcanzables; en segundo lugar se evidenció que el esquema cognitivo de normas inalcanzables, medió entre las prácticas de crianza de castigo e interacción social y la frecuencia de problemas de comportamiento, ello se explicó porque los progenitores de los menores utilizaron el castigo, a través de gritos, retiro de atención y regaños, obligando a que se cumplieran reglas que han sido reflejo de los estándares elevados de los padres hacia sí mismos y los demás; asimismo la relación negativa de los problemas de comportamiento y la interacción social se explicó porque las personas con el esquema de normas inalcanzables, manifestaron acciones y emociones que podrían dificultar la comunicación en habilidades de escucha, explicación y conversación.

Sin embargo, estos hallazgos sólo explicaban el 16% de la varianza, con lo que los investigadores concluyeron que existen otras variables, tales como, las sociodemográficas, la ansiedad, aislamiento social, problemas maritales, el estrés o la depresión, que influyeron en el estilo de paternidad y los problemas de comportamiento.

De la investigación de Sierra y Pérez se resalta que los esquemas disfuncionales tempranos están implicados como el núcleo de una amplia gama de conflictos psicológicos, por la deficiente satisfacción de las necesidades emocionales básicas impidiendo así el desarrollo apropiado de la persona; cabe señalar también el lado disfuncional de las normas

inalcanzables no sólo para quien lo presenta sino cómo afecta a los otros al tratar de ser impuesto en este caso a los hijos, quienes generan a su vez estilos de afronte disfuncionales frente al esquema que se va generando en ellos.

Salirrosas-Alegría y Saavedra-Castillo (2014) evaluaron la relación entre la percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en una muestra de 6550 personas adultas de 5 ciudades del Perú, ésta fue parte de la muestra total trabajada en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Costa Peruana (EESMCP), a cargo del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM). Utilizaron como instrumentos, la encuesta EMBU de Perris, en su versión breve-modificada (Egna minnen Beträffande Uppfostran, en español, en cuanto a mis propios recuerdos de crianza), la cual evalúa catorce aspectos de las conductas de crianza de los padres en función a los recuerdos de la conducta parental, agrupados en cuatro dimensiones, calidez, rechazo y control; sobreprotección y favoritismo. Asimismo, utilizaron la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional elaborada por Sheehan Lecrubier en su versión adaptada. Aparte de estas dos pruebas, para el recojo de datos se tuvieron en cuenta algunas características clínicas obtenidas en la encuesta, tales como, el número de síntomas depresivos, la edad de inicio del primer episodio depresivo, el riesgo suicida y la comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos.

Los resultados evidenciaron relación entre la calidez expresada en confianza, apoyo, consuelo ante la adversidad, respeto del punto de vista del niño, así como la dimensión rechazo y control referido a la hostilidad física y verbal, conductas sancionadoras, agresión, chantaje emocional en la expresión de afectos de los hombres, expectativas rígidas respecto a los logros en el niño; con la presencia de algún episodio depresivo durante la vida. La relación fue inversa en la dimensión calidez y directa en rechazo y control. Asimismo, el rechazo y control y la sobreprotección de los padres, - expresada ésta en excesiva preocupación por la seguridad y todo lo que realiza el menor, así como una ansiedad parental sobrevalorada-; ambas dimensiones se relacionaron con la ideación suicida, además el rechazo y

control se relacionó con el intento suicida. Finalmente el rechazo y control y el favoritismo de los padres en comparación con los hermanos se relacionaron con la comorbilidad psiquiátrica.

Los resultados de este estudio apoyan el fundamento de la teoría de esquemas la cual radica en las experiencias de la infancia, teniendo como factor coadyuvante el temperamento o factor biológico; de igual manera es relevante la percepción de estas vivencias por parte de la persona tanto para la significación de las vivencias actuales, como para los estilos de afronte de las experiencias que activan los esquemas.

Falahatdoost, Dolatshahi, Mohammadkhani y Nouri (2013) realizaron un estudio correlacional, con el objetivo de identificar el papel de los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) en 197 mujeres de Teherán con más de un año de casadas entre los 17 y 50 años de edad, que experimentaron diversos niveles de violencia doméstica.

Estudiaron los niveles de violencia a través de la Escala de Tácticas de Conflictos (Conflicts Tactics Scale. CTS-2), con el cual se obtuvieron datos en relación a la violencia doméstica, evaluando simultáneamente la prevalencia y el tiempo de la violencia en las dimensiones de agresión física, daño y lesión física- si la agresión ocasiona algún deterioro físico-, agresión psicológica y, violencia y coacción sexual; la escala incluye una dimensión más denominada negociación referida a la no-violencia en la relación. Por otro lado, utilizaron el Cuestionario de Esquemas de Young - versión breve (Young Schema Questionnaire-Short form. YSQ-SF), compuesto de 75 ítems, que evalúa 15 esquemas con las cinco dimensiones correspondientes.

Los resultados mostraron una correlación significativa y positiva entre los dominios de los EDT y la violencia doméstica. Las mujeres con puntuaciones más altas de violencia correlacionaron a su vez más alto que aquellas que tuvieron niveles bajos de violencia. También se evidenció una correlación significativa y negativa entre la dimensión negociación y el dominio desconexión y rechazo de los EDT. La relación positiva y significativa más alta se presentó entre la dimensión daños y lesiones de la

violencia con los dominios desconexión y rechazo, así como en el dominio deterioro en la autonomía y desempeño.

A través de esta investigación se puede colegir que los esquemas se encuentran más activados y críticos cuando la violencia doméstica es más grave. Las personas que sufren más daños y lesiones físicas, presentan mayor afección en las necesidades de afecto seguro y, autonomía y desempeño. Por otro lado, hay mayor nivel de violencia conyugal cuando están menos cubierta la necesidad de afecto seguro y estable.

En resumen, de las investigaciones antecedentes, se rescata la información acerca de la importancia de las experiencias tóxicas de la infancia y conductas que son expresión de los esquemas; asimismo evidencian que los esquemas se presentan con mayor gravedad en muestras con problemas psíquicos. Por otro lado, muestran la asociación entre diversos esquemas y la depresión, no todos los estudios comparten la correlación con los mismos esquemas. Dos de las investigaciones indican que la intensidad de estos es mayor en los grupos con depresión; sin embargo, lo realizan en muestras de población general y están basados en 15 de los 18 esquemas, no se presentan los esquemas de castigo, negatividad o pesimismo y búsqueda de aprobación. Por ello, será importante estudiar si se presentan diferencias en los 18 esquemas específicamente en una muestra clínica.

2.3. Bases Teóricas

En este apartado se presentarán el desarrollo de las definiciones y las bases teóricas, así como las evidencias empíricas y aportes de diversos especialistas acerca de la variable del presente estudio. Al desarrollar la teoría de los esquemas disfuncionales tempranos se exponen los principios de la teoría fundamentada por Jeffrey Young, el cual se relaciona con la teoría cognitiva de Aaron Beck acerca de la depresión.

2.3.1. Esquemas Disfuncionales Tempranos

Los esquemas disfuncionales tempranos se definen como patrones y temas generalizados originados en la infancia y adolescencia, referidos a sí mismo y la relación con los demás, compuestos de memorias, emociones, pensamientos y sensaciones corporales que generan comportamientos disfuncionales.

Como patrones, una vez activados los esquemas, propician que ciertos eventos de la vida se experimenten bajo el molde del patrón original que representa la realidad del contexto del niño. Al ser temas amplios y generalizados, abarcan diversos aspectos de la vida interfiriendo en las metas y realización personal, habiéndose registrado casos en los que son resistentes al cambio, incluso después del tratamiento basado en evidencia (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz & Huibers, 2011).

Los EDT, se han formado a partir del temperamento innato del niño y experiencias llamadas por Young tóxicas, pues reflejan con cierta precisión el ambiente disfuncional que el niño experimentó; por ejemplo, si la persona manifiesta que de niña, era constantemente golpeada e insultada por su hermano y despreciada por su abuela, suele estar en lo cierto. Es así que aunque pudieran errar en las razones por la que la persona significativa se comportó de determinada manera, la sensación básica del entorno emocional y la manera en que fue tratada suelen ser reales y válidas. (Young et al., 2013).

En este sentido, Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque (2009), encontraron una relación significativa entre la historia de maltrato físico y los esquemas de abandono y derecho/grandiosidad; asimismo, Durbin, Klein & Schwartz (2000) obtuvieron como resultado de su estudio que ambientes familiares tempranos adversos, predicen el resultado a largo plazo de la depresión crónica, incluso luego de que las variables clínicas y demográficas

hayan sido controladas; Salirrosas-Alegría y Saavedra-Castillo (2014) encontraron relación entre la percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo. Estos estudios revelan que los patrones de crianza que las personas recibieron en la infancia están implicados en los problemas psíquicos que pudieran desarrollar en un momento actual de sus vidas.

Es preciso mencionar en este apartado, la predisposición que genera el temperamento para exponer de manera selectiva al infante ante determinadas experiencias de su vida y hacerlo susceptible de desarrollar ciertos esquemas, se entiende por temperamento a aquel componente de la personalidad que involucra a la herencia así como los cuidados prenatales.

Relacionado con el temperamento se presentan las experiencias que le haya brindado el contexto en donde creció el niño para dar origen a los esquemas, estos fueron aprendidos precozmente en un ambiente disfuncional, el niño o adolescente aprendió a adaptarse a un entorno donde no se cubrían adecuadamente ciertas necesidades emocionales básicas. En la edad adulta esta concepción de la vida no le permite funcionar plenamente; sin embargo, es la manera en que aprendió a percibir y afrontar su propia vida y el mundo. Aunque el esquema le genere sufrimiento, el individuo está familiarizado con él, se percibe que así es como corresponde vivir, de esta manera se impone en la vida adulta a pesar de no ser aplicable, ello es llamado por Young, “necesidad de coherencia”. Por lo expuesto, la persona se siente dirigida hacia experiencias que activen los esquemas y de manera no consciente los auto perpetúa, pues son considerados verdades *a priori*. (Young, et al., 2013).

Como se ha mencionado anteriormente, los esquemas se activan en la vida actual de la persona, ante un evento que es percibido de manera inconsciente como similar a la experiencia de origen, a este evento se le denomina “botón emocional” (ver Ilustración 1). También se caracterizan por ser omnipresentes y presentar diferentes niveles de gravedad, dependiendo de estos niveles el

esquema se activará en mayor o menor número de situaciones y al ser más severo presentará mayor intensidad y duración de la experiencia afectiva negativa. Así, por ejemplo, Cormier, Jourda, Laros, Walburg y Callahan (2011) encontraron que los puntajes de todos los esquemas aumentaron en relación a la severidad de la depresión, especialmente los esquemas de abandono, aislamiento o exclusión social, fracaso y dependencia respectivamente. Otros estudios también obtuvieron resultados similares, mostrando la relación entre la gravedad de la depresión y los esquemas (Basile, et al., 2018; Ribeiro, dos Santos, et al., 2014; Renner et al., 2011).

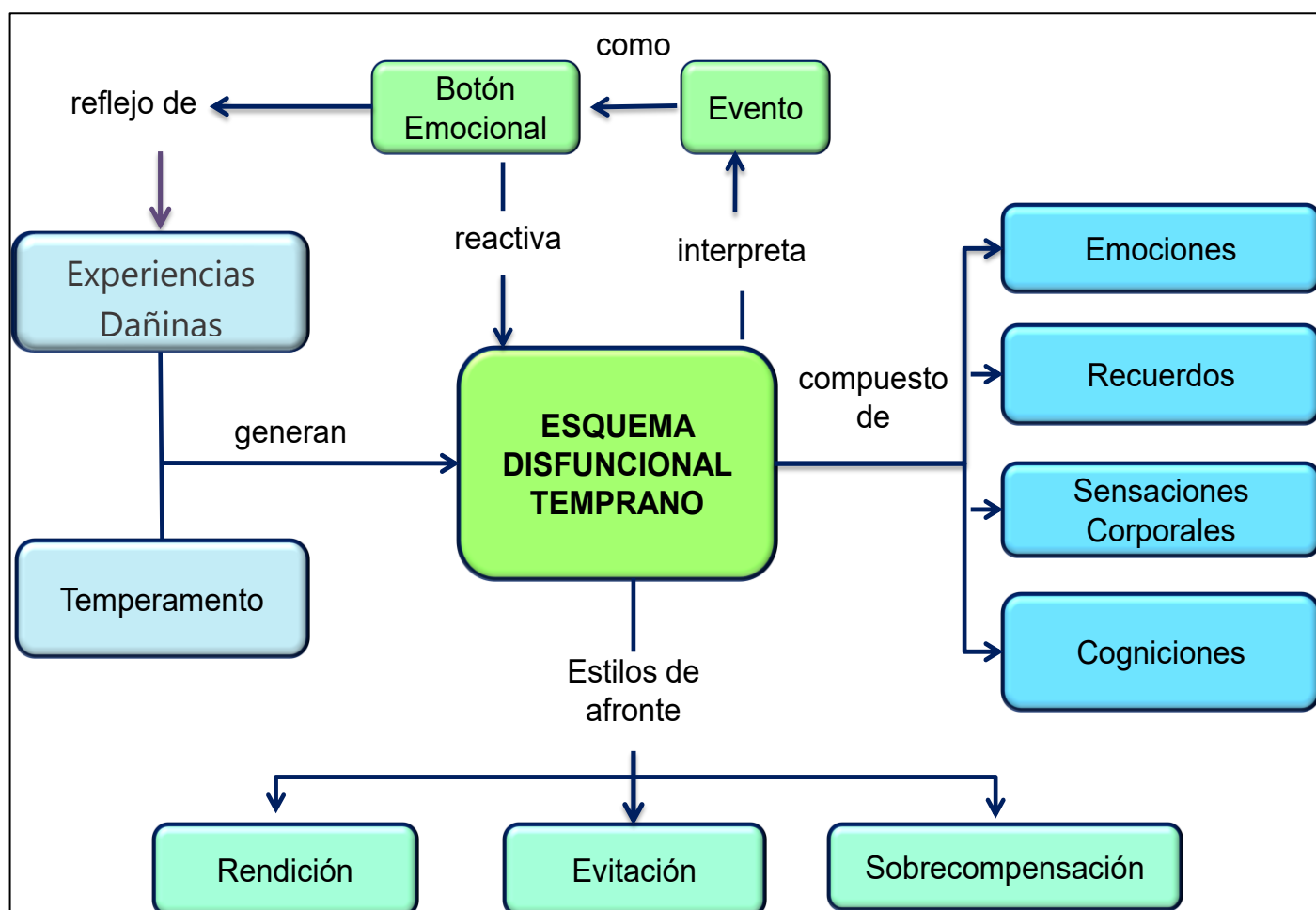


Ilustración 1. Integración de conceptos básicos de los esquemas disfuncionales tempranos. Elaboración propia (Young et al. 2013).

Haciendo un resumen de lo expuesto los EDT, presentan las siguientes características:

- Son tempranos porque se formaron desde los primeros años de vida hasta la pubertad o adolescencia.
- Son disfuncionales debido a que no permiten el funcionamiento de la persona en las diferentes áreas en las que se desenvuelve en la vida adulta, repite la adaptación forzada del infante a un ambiente disfuncional.
- Se formaron a partir del temperamento propio del niño en interacción con la experiencia tóxica.
- Se consideran verdades *a priori*, pues al ser aprendidas es la manera en que se concibe a sí mismo, al mundo y al futuro.
- Son omnipresentes y se repiten de manera no consciente, dirigiendo la vida de la persona.
- Comúnmente son activados por algún hecho externo o interno relacionado al contenido del EDT.
- Al activarse, generan niveles emocionales de alta intensidad que propician estilos de afronte.

2.3.2. Experiencias Vitales Tempranas

Los esquemas disfuncionales tempranos han tenido como uno de los factores que influyen en sus orígenes a las experiencias dañinas de la infancia y pubertad, Young dentro de la teoría de esquemas ha propuesto cuatro experiencias dañinas, en las que no se cubrieron necesidades emocionales básicas para el ser humano. (Young, et al., 2013).

- **Primera experiencia: Frustración tóxica de necesidades**
Se caracteriza por una escasa satisfacción de necesidades, el ambiente en el que el niño crece le brinda muy poco de algo importante y bueno para su desarrollo integral como el amor, comprensión, estabilidad, normas y guías.

- **Segunda experiencia: Traumatización o victimización**

El menor ha podido sufrir vejaciones constantes, accidentes, muertes de seres queridos, enfermedades graves, ataques; se le ha victimizado fomentando la aparición de esquemas como la desconfianza y abuso, imperfección o vulnerabilidad.

- **La tercera experiencia. Exceso de algo bueno**

El niño aparentemente experimenta la satisfacción de la necesidad emocional, con moderación sería saludable; sin embargo los padres distorsionan esta satisfacción al brindarle al menor “demasiado de algo bueno”; con ello realmente no se está satisfaciendo la necesidad nuclear, por ejemplo padres demasiado permisivos no le brindan adecuada libertad y autonomía al niño. Se presentan esquemas como dependencia o grandiosidad, por ejemplo, el niño es mimado o consentido.

- **El cuarto tipo de experiencia vital: Internalización selectiva**

Se presenta una identificación con los padres u otras figuras significativas, el niño incorpora los pensamientos, sentimientos y las conductas de los padres pero selectivamente dependiendo del temperamento del menor; es decir sólo incorporará ciertos aspectos, algunos de estos aspectos interiorizados serán esquemas y otros se desarrollarán como estilos de afrontamiento.

2.3.3. Necesidades Emocionales Básicas

Como se ha hecho hincapié en el presente trabajo, los esquemas disfuncionales tempranos, se originan a partir de la interacción entre el temperamento, componente innato y biológico de la personalidad, y las experiencias dañinas o tóxicas; estas últimas propician que alguna necesidad emocional nuclear quede insatisfecha durante la infancia y pubertad (ver Ilustración 2). A continuación se pasará a describir las cinco necesidades emocionales básicas identificadas en la teoría de esquemas (Young, et al., 2013).

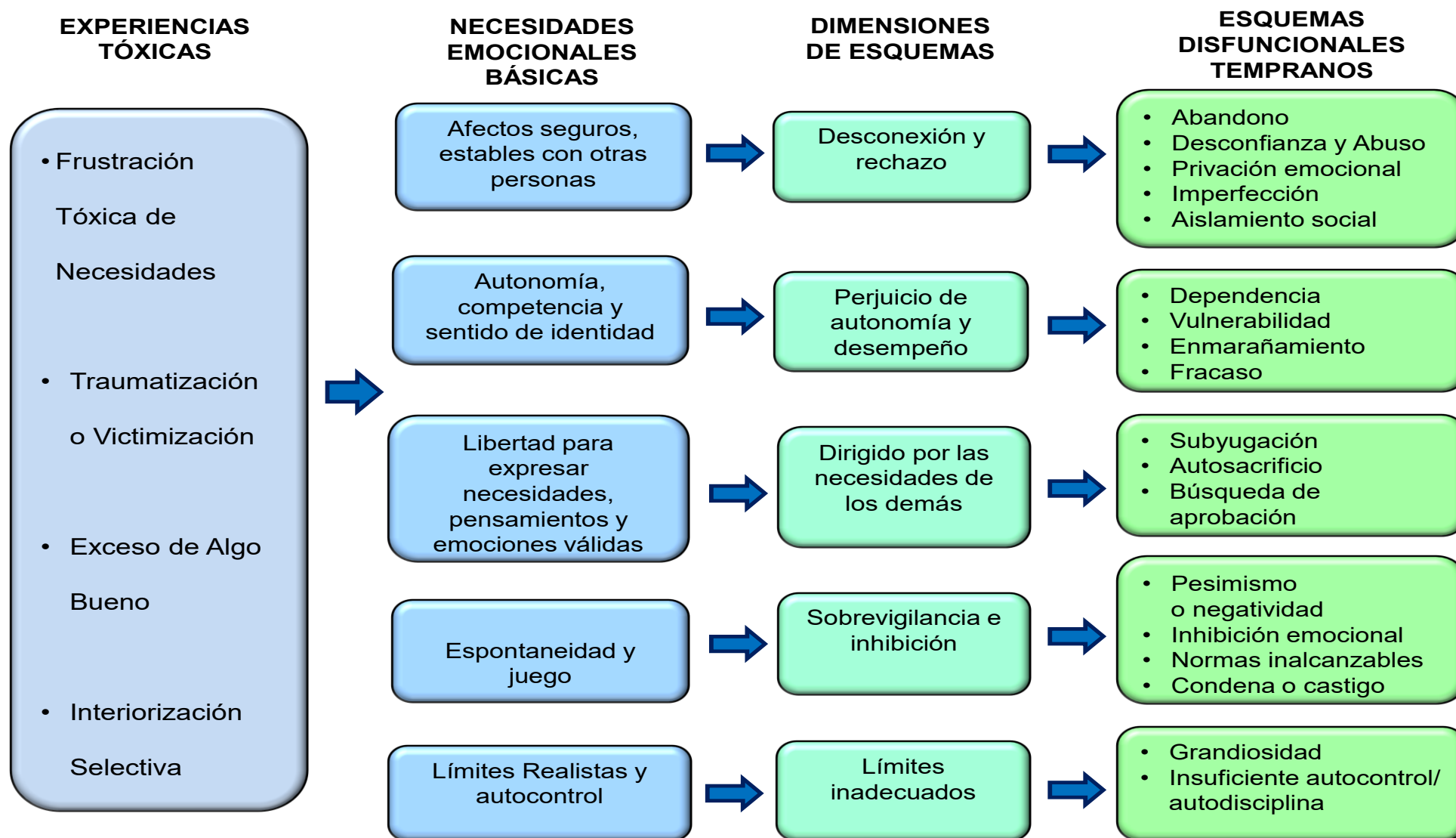


Ilustración 2. Formación de los esquemas disfuncionales tempranos. Elaboración propia (Young et al. 2013)

- **Afectos seguros y estables con otras personas**

El ser humano desde sus primeros momentos de vida necesita sentirse amado y con ello, aceptado, cuidado y protegido; el afecto brindado de manera estable e incondicional brinda seguridad, confianza y tranquilidad, se postula en la teoría de esquemas que sin esta seguridad generada no se puede continuar con otros aspectos del desarrollo personal, por ello es considerada la principal y primera necesidad emocional básica.

- **Autonomía, competencia y sentido de identidad**

Conforme el niño va creciendo requiere ir desarrollando autonomía, sentirse competente en las actividades que va realizando, diferenciarse de sus padres y generar una identidad propia. Esta segunda necesidad, se desarrolla cuando los padres se muestran como modelos de autosuficiencia, estimulan al niño a aceptar responsabilidades, así como realizar juicios correctos. Los padres o figuras significativas, motivan al menor a explorar su entorno e interactuar con los otros, les muestran que el mundo puede ser seguro y le enseñan a ser precavido; así también, lo felicitan cuando se desenvuelve con sus propios recursos.

- **Libertad para expresar las necesidades, pensamientos y emociones válidas**

En esta tercera necesidad, ha de presentarse por parte de la familia, amigos y entorno social cercano, suficiente atención, cariño, empatía y comprensión cuando el niño expresa sus pensamientos y emociones en las que manifiesta sus necesidades auténticas e íntimas correspondientes a la edad del menor, expresadas en un momento y lugar adecuados y dentro de un marco de respeto. Se permite al infante opinar, elegir, discrepar, sin temor a ser invalidado y criticado negativamente por los adultos.

- **Espontaneidad y juego**

Los padres dan libertad al infante para actuar con naturalidad por propia voluntad y sin influencia externa, al dejarle ser espontáneo

el niño puede divertirse y jugar, ello fomenta poder descubrir sus propios intereses y preferencias.

- **Límites realistas y autocontrol**

Los padres enseñaron al niño a comprender las consecuencias de sus conductas y ser sensibles a las necesidades de los otros niños, aprenden a equilibrar sus propias necesidades y a la de los demás, al poner límites a la propia conducta y aprender maneras sanas de tolerar y tratar sus frustraciones, dan cabida así al autocontrol, disciplina y responsabilidad.

Se ha mencionado en este punto cuáles son y en qué consisten las necesidades emocionales básicas, de acuerdo con los principios de la terapia de esquemas, debido a las experiencias tóxicas la persona no logra satisfacer alguna de las necesidades emocionales básicas, como consecuencia de ello se generan cinco dominios o dimensiones: Desconexión y rechazo, Perjuicio en autonomía y desempeño, Dirigido por las necesidades de los demás, Sobrevigilancia e inhibición y finalmente Límites inadecuados; estas dimensiones tienen un tema en común sobre el cual se gestan cierto grupo de esquemas, los que se presentan más adelante, previamente es preciso explicar el comportamiento habitual que genera cada esquema, desarrollado a continuación.

2.3.4. *Estilos de Afrontamiento al Esquema*

De acuerdo a lo expuesto, la persona en la vida adulta tiende a comportarse de manera disfuncional como lo hizo en algún momento de su infancia en la que requería adaptarse a un ambiente disfuncional; estas maneras habituales de comportarse cuando el esquema se activa es denominado estilo de afrontamiento al esquema (ver Ilustración 1).

Estos estilos de afrontamiento se corresponden a las tres formas básicas de responder que todo organismo presenta ante una amenaza, una de ellas es la inmovilización, otra la lucha y finalmente la huida, en términos de la teoría de esquemas, la huida equivale a

la evitación, la lucha a la sobrecompensación y la inmovilización a la rendición ante el esquema.

En el ambiente de la infancia, la amenaza es representada por la presencia de alguna de las experiencias tóxicas y las emociones intensas que acompañan estas experiencias, el niño puede responder con la combinación de las tres respuestas, sea rendirse, luchar o sobrecompensar; ante una determinada situación probablemente recurrirá a alguno de ellas, mostrará diferentes estilos de afronte en diferentes situaciones o ante diferentes esquemas.

El que se haya desarrollado cierto estilo de afrontamiento de los tres mencionados depende, según Young, del temperamento del niño. Estos usualmente operan fuera de la consciencia y suelen ser adaptativos durante la infancia pues permiten convivir con cierto equilibrio en entornos que para cada individuo presentarán diversos grados de disfuncionalidad; sin embargo los estilos de afrontamiento se convierten en desadaptativos conforme el niño va creciendo, pues perpetúan al esquema reforzándolo y haciendo que el individuo en otra etapa de su vida responda de manera similar ante entornos diferentes quedando aprisionado así por sus esquemas.

Young refiere además que algunos esquemas pueden ser incondicionales y otros condicionales, los primeros se vinculan con las propias experiencias que vivió el niño, estando presentes en el núcleo de la propia concepción, del mundo y el futuro; en cambio los condicionales son secundarios, pues se desarrollan luego como una forma de afronte ante esquemas más primarios para aliviar así el malestar generado por los incondicionales (Young, et al., 2013).

A continuación se describirán los tres estilos de afrontamiento que se presentan como respuesta cuando un esquema es activado (Young, & Klosko, 2001; Young, et al., 2013):

- **Rendición al esquema**

Al activarse el esquema la persona acepta la experiencia tomando una posición pasiva, no se esfuerza por evitarla o luchar contra

esta, pues se concibe como lo auténtico, sienten directamente la emoción dañina del esquema y se comportan logrando que éste quede confirmado. De esta manera, sin ser conscientes de lo que hacen, repiten las conductas aprendidas en la infancia y siguen reviviendo las experiencias de aquel entonces que originaron al esquema.

- **Evitación del esquema**

En este afronte, la persona intenta desconectarse del malestar emocional provocado por el esquema, organiza la vida con el objetivo que éste nunca se active, tratan de alejarse de cualquier experiencia asociada al esquema, se bloquean pensamientos o imágenes que avocinan su presencia; si estos se logran activar realizan conductas destinadas a escaparse de todas las consecuencias que traería consigo el esquema, todo ello en detrimento de su desenvolvimiento funcional en diversas áreas de su vida en las que se sienten indefensos. Cabe mencionar que cualquier tipo de adicción se puede realizar con la finalidad de evitar el malestar que genera el esquema.

- **Sobrecompensación del esquema**

En este estilo la persona intenta luchar contra el esquema, se procura ser tan diferente como sea posible de aquel niño que fue al aprender el esquema, de tal forma que intenta demostrarse que el esquema no es cierto.

En apariencia refleja seguridad y bienestar aunque interiormente se percibe todo el malestar que genera el esquema. Se suele contraatacar, como si fuera lo auténtico pensar, sentir y relacionarse de manera opuesta al esquema. Lo saludable es luchar contra el esquema de acuerdo a la propuesta terapéutica de Young, pero ello se desvirtúa cuando en este estilo la conducta no va acorde a la situación, se pierde la consideración hacia los demás y las consecuencias de los actos son infructuosas, queda

así la persona atrapada en su esquema, lo que sólo lo reafirma con gran carga emocional.

2.3.5. Dimensiones y Esquemas Disfuncionales Tempranos

En este modelo teórico, las dimensiones de esquemas son expresión de las necesidades emocionales básicas insatisfechas, (ver Ilustración 2), cada dimensión agrupa cierto número del total de los dieciocho esquemas. (Young, et al., 2013).

Estévez y Calvete (2009) observaron que, diversos estudios que han investigado la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos y la depresión, coinciden en que son las dimensiones Desconexión y Rechazo, Perjuicio en autonomía y desempeño, y la dimensión Dirigido por las necesidades de los demás, las que más se asocian con la depresión.

En este apartado se desarrollarán, las dimensiones con sus respectivos esquemas, estos a su vez serán explicados con sus respectivos orígenes y estilos de afrontamiento que los caracterizan.

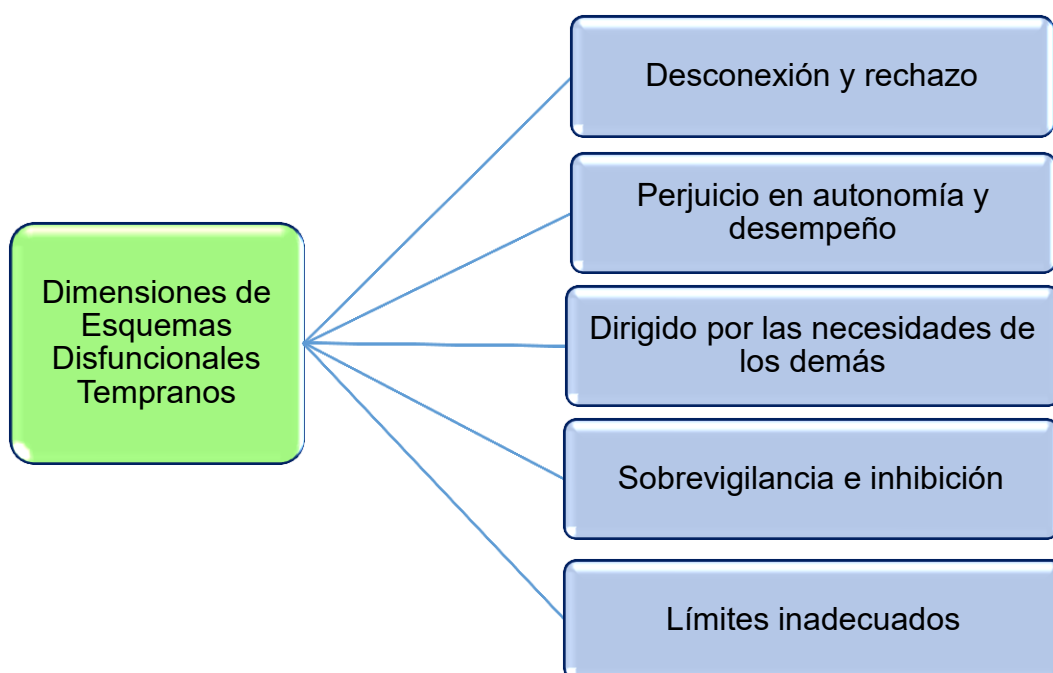


Ilustración 3. Dimensiones de Esquemas disfuncionales tempranos.
Elaboración propia (Young et al. 2013).

Dimensión I: Desconexión y rechazo

Esta dimensión se generó debido a una insuficiente satisfacción de la primera necesidad básica, los individuos fueron criados en ambientes escasos de afecto, estabilidad y aceptación. Las personas en la edad adulta tienden a formar vínculos autodestructivos, presentan dificultades en establecer apego seguro con otras personas, pues asumen que no podrán encontrar en la vida amor, seguridad, empatía y protección.

Cinco son los esquemas que nacen de esta dimensión: Abandono, Desconfianza y abuso, Privación emocional y Aislamiento o exclusión social.

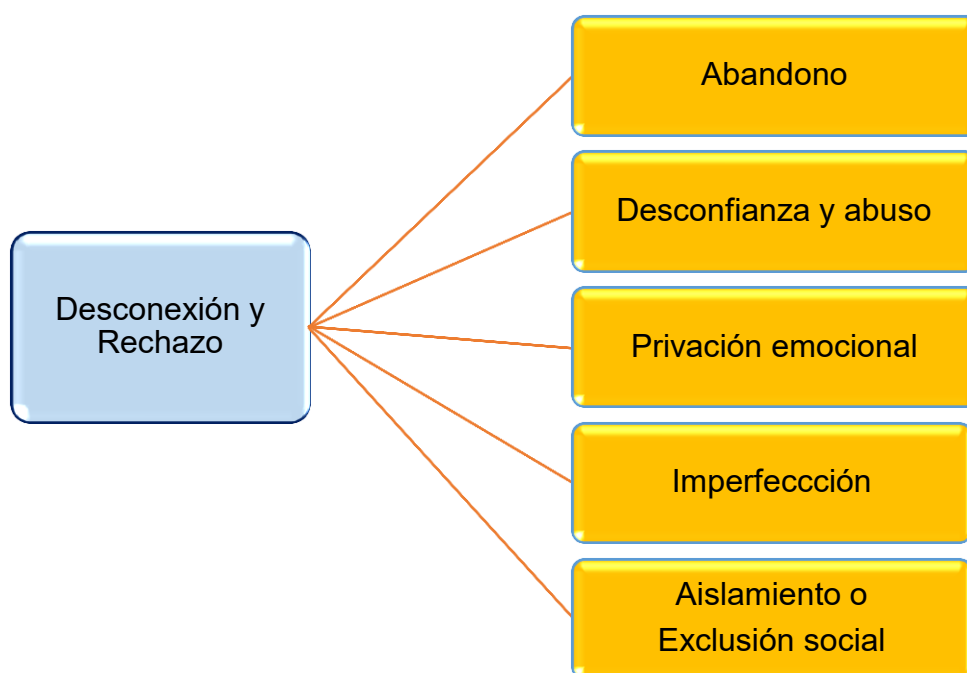


Ilustración 4. Esquemas de la dimensión desconexión y rechazo.
Elaboración propia (Young et al. 2013).

Abandono

Se basa en la creencia de que las personas que más aprecia le dejarán y se quedará solo para siempre. Existe una alta sensibilidad

ante la separación con la persona significativa, se tiene la sensación que las personas importantes en la vida, no permanecerán al lado porque son errantes, inestables emocionalmente, morirán, o porque los abandonarán.

El esquema se activa ante la separación de una persona significativa, presentándose un ciclo de emociones como el miedo y ansiedad, la tristeza y la ira, pues al inicio se experimenta miedo de quedarse desvalido, la ansiedad que acompaña este estado puede aumentar y generar angustia que al mantenerse sin resultados genera tristeza por la soledad y desesperanza que podría evolucionar hasta una depresión; sin embargo, podría ser que si la persona regresa se experimenta cólera con ésta e incluso consigo mismo por sentir esa necesidad intensa.

Origen del esquema:

Regularmente se origina durante los primeros años de vida. Como experiencias probables puede haber sido un niño sensible y responder con ansiedad cuando se quedaba solo; uno de los padres murió o lo abandonó, los padres se divorciaron, separaron o continuamente tenían peleas que provocaban el temor a que la familia se separe; otro posible origen se encuentra en madres inestables emocionalmente, hubo separación de la madre por razones de enfermedad; puede haber tenido diversas figuras maternas, al ser criado por niñeras o haber crecido en hogares que no eran los de origen. La gravedad del esquema es mayor cuando alguno de estos orígenes implica a ambos padres.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, le atraen y escoge parejas que no pueden comprometerse y mantenerse en una relación estable; asimismo las personas cercanas suelen ser imprevisibles o no están disponibles cuando las necesita.

Evitación, podría dedicarse a la bebida o algún vicio para escapar al malestar de estar solo, podría alejarse de cualquier relación íntima por miedo al abandono.

Sobrecompensación, se caracteriza por conductas invasivas, controladoras y absorbentes, de manera que asfixia al otro, trayendo como consecuencia efectivamente que las figuras significativas lo abandonen.

Desconfianza y abuso

En este esquema existe la concepción de que las personas lo utilizarán para sus propios intereses, para aprovecharse o perjudicarlo. Viven a la expectativa de que los otros abusarán, mentirán, se burlarán, humillarán en algún momento, generalmente conciben que lo hacen de manera intencional o ha sido consecuencia de una negligencia arbitraria o extrema.

Origen del esquema:

Dentro de los orígenes se puede haber tenido diverso tipo de experiencias de maltrato físico y psicológico; como abuso físico, sexual, humillación o menosprecio constante, alguien de la familia disfrutaba viéndolo sufrir y llorar, las personas significativas pueden haberle obligado a realizar tareas bajo amenazas y castigos severos, de niño sentía que la familia o algún miembro estaba contra él por recibir sólo maltratos sin ser defendido; las personas solían ponerle adjetivos que le hacían daño; algún miembro delataba confidencias, le mentían o prometían, pero no cumplían con su palabra; por otro lado podían brindarle afecto físico pero era muy tosco e incómodo; también pudo ser que a través de mensajes los padres repetidas veces mencionaban que fuera de la familia, no se pudo confiar en las personas.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, establece relaciones de pareja y otros significativos que no son de fiar y les permite el maltrato. Es suspicaz con las intenciones de los demás y tiende a pensar lo peor.

Evitación, la persona podría mostrarse tan desconfiada que se impide a sí misma intimar demasiado con otras personas. Es posible que evite por completo las relaciones con los demás; no obstante, si

se relaciona, establece uniones superficiales en las que no habla de sí mismo.

Sobrecompensación, puede mostrarse excesivamente confiado o por el contrario, utiliza y maltrata a los otros.

Privación emocional

Se presenta la percepción de que el apoyo emocional que se requiere en un momento dado no será cubierto por las personas importantes en la vida, presentando un estado de ánimo que puede fluctuar entre el enfado y el dolor por la insatisfacción. Esa privación se presenta regularmente en tres áreas, la privación de cuidado que implica la atención, compañía y cuidado propiamente; la privación de empatía, referida a la comprensión y escucha, y la privación de protección, comprende el consejo, la guía que brindan los otros.

Origen del esquema:

En la infancia la persona pudo experimentar diferentes experiencias entre las que destacan la relación con la madre por ser la primera figura de apego, por ejemplo una madre poco afectuosa o fría; una madre que no sintoniza con las necesidades afectivas del menor, cuando sentía angustia no lo tranquilizaba; los padres no le brindaron el tiempo ni atención indispensable, de niño la persona puede haber tenido la sensación de no ser querido ni valorado como alguien especial; puede haber carecido de guía o dirección por parte de los padres.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, establece relaciones con parejas emocionalmente distantes, apáticas por lo que es indefectible que se produzca insatisfacción en la relación, no comunica sus necesidades emocionales y se desilusiona cuando los otros no lo satisfacen; su enfado solo desanima las muestras emocionales de los demás.

Evitación, la persona se aísla, evita las relaciones íntimas.

Sobrecompensación, se torna excesivamente demandante para que las figuras significativas satisfagan sus necesidades.

Imperfección

El sujeto se concibe como defectuoso, inferior, malo, no deseado, sin valor en su existencia, teme mostrarse tal cual es porque no se cree digno de ser amado. Puede presentar hipersensibilidad a la crítica, a las comparaciones con los demás, a la autoconsciencia de sus características, culpabilidad y vergüenza por los defectos que percibe de sí tanto públicos como privados, los primeros hacen referencia, por ejemplo al desenvolvimiento social o aspecto físico; mientras que, ejemplo de los segundos, podrían ser sus intereses o impulsos.

Origen del esquema:

Uno o los dos padres le hicieron sentir que el menor no era tal como ellos esperaban, no fue deseado, no lo quisieron, lo rechazaron. Constantemente lo criticaban por mostrarse tal como era, por algún aspecto de su comportamiento; otro de los orígenes puede haber implicado que uno de los padres haya dejado el hogar y él se culpara por ello, o pueden haberlo culpado por los conflictos existentes en la familia; lo comparaban continuamente con uno de sus hermanos o incluso éste hermano era el preferido de los padres.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, escoge amigos y parejas críticas, que lo rechazan; se resta importancia cuando está con estos o los decepciona.

Evitación, por temor al rechazo, prefiere evitar compartir pensamientos y sentimientos que considera vergonzosos y no permite la cercanía de los demás para conocerlo.

Sobrecompensación, se muestra como si fuera alguien perfecto y superior a los demás; tiende a comportarse de manera crítica con los otros.

Aislamiento o exclusión social

Se caracteriza por la sensación de aislamiento del mundo, existe la creencia de ser diferente, pero es una diferencia descalificadora en comparación a las otras personas, con la idea que desentona con el

entorno social ajeno a la familia, regularmente no se sienten parte de algún grupo o comunidad.

Origen del esquema:

Presentaba alguna característica propia, por ejemplo: usar correctores, tener un peso diferente, tartamudeo o espasmodia, entre otras, que lo hacía diferente a los demás niños y los otros remarcaban esa diferencia. Otro de los orígenes pudo ser que la familia era atípicamente diferente a las demás de su comunidad.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, cuando socializa con los otros se centra en las diferencias más que en las similitudes; por ello al integrarse a un grupo prefiere mantenerse al margen, no participa con soltura.

Evitación, evita socializar, prefiere estar a solas o pasar el mayor tiempo con su familia cercana o amigos muy íntimos.

Sobrecompensación, se aliena, simulando ser alguien que no es para ajustarse a un grupo social.

Dimensión II: Perjuicio en autonomía y desempeño

La dimensión se gestó por insuficiente satisfacción de la necesidad de autonomía y desempeño, dificultando el desarrollo de una identidad propia; en la familia de origen, los padres socavaron la autoconfianza del niño y no fortalecieron sus competencias al realizar actividades dentro y fuera del hogar. En la adultez, siguen desenvolviéndose de manera incompetente, como cuando niños, se les dificulta establecer objetivos personales y tener el dominio de destrezas requerido para funcionar independientemente en el mundo.

Los esquemas contenidos en esta dimensión son cuatro: Dependencia o incompetencia, Vulnerabilidad, Enmarañamiento o Yo inmaduro y Fracaso.

Dependencia o Incompetencia

La persona se concibe como incompetente para afrontar las responsabilidades cotidianas, requiere un apoyo y guía constantes de otros significativos para la toma de decisiones y solución de problemas básicos.

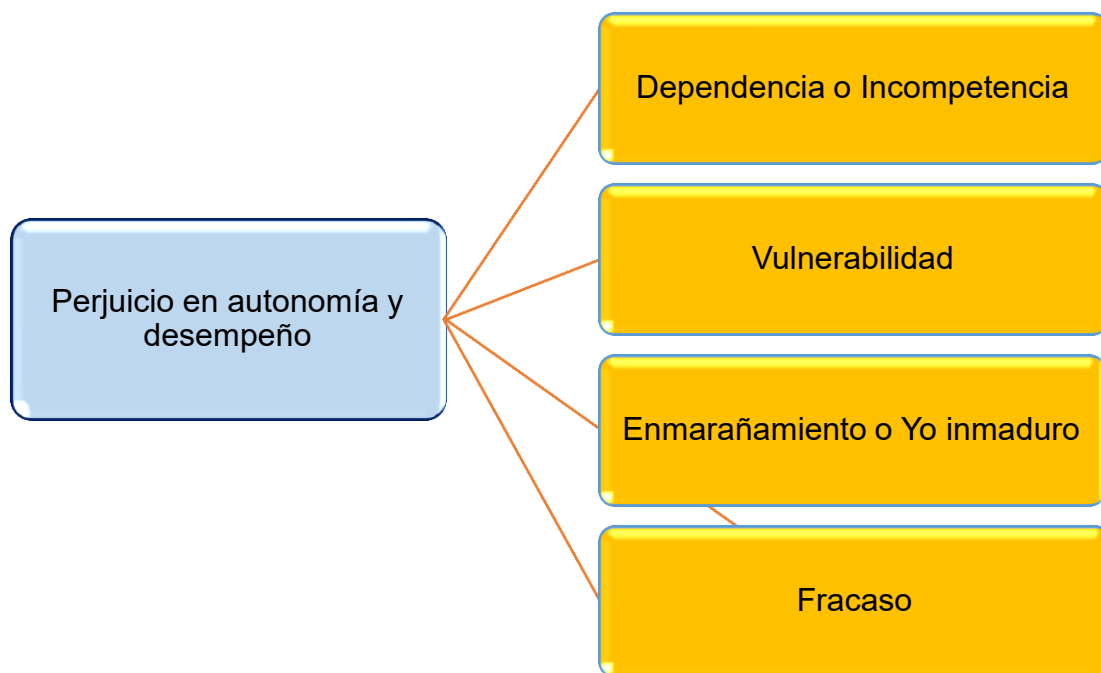


Ilustración 5. Esquemas de la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño. Elaboración propia (Young et al. 2013).

Origen del esquema:

Los padres tomaron decisiones por el niño, lo sobreprotegían tratándolo como si fuera un niño menor de lo que era; de tal manera que fue incapaz de generar confianza en sí mismo y en su propio juicio, por tanto no desarrolló habilidades básicas para afrontar la vida. Cuando el menor emprendía una labor, los padres interferían al darle constantemente consejos o le daban escasa o ninguna responsabilidad.

En menor porcentaje, otro de los orígenes pudo haberse presentado en niños seudo maduros, obligados a hacerse cargo de los

hermanos, de algún otro miembro de la familia o manejarse por sí mismos en la vida; muy aparte de los resultados favorables o no, era muy común que internamente sintieran muy alto nivel de ansiedad y gran temor por la sensación de no poder lograr el objetivo.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, pide en exceso a las figuras significativas que tomen las decisiones por él o solicita opiniones y ayuda constantes para desenvolverse. Selecciona parejas sobreprotectoras que solucionen los problemas por él.

Evitación, elude responsabilidades, actuar con independencia y pospone la toma de decisiones.

Sobrecompensación, muestra una exagerada autoconfianza e independencia, no pide ayuda alguna incluso en los casos en los que sería recomendable hacerlo.

Enmarañamiento o Yo inmaduro

Existe la percepción de estar fusionado con alguno de los padres, en menor proporción con la pareja, y que una de las partes no podría funcionar y ser feliz sin la otra. Sus intereses, objetivos y opiniones son reflejo de la otra persona con quien está enmarañado. Presentan un escaso sentido de identidad propia, experimentando por ello una sensación de vacío.

Origen del esquema:

Desde pequeños aprendieron a suprimir sus propios intereses, los padres desalentaron cada señal de pensamiento, sentimiento o conducta diferente a la de los padres, cuando trataban de distanciarse de la figura parental solían sentirse culpables, el individuo no se sentía diferente a ellos; por el contrario los padres motivaron las conductas que reproducían las opiniones, intereses y objetivos de estos.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, vive imitando la conducta de la figura significativa, usualmente alguno de los padres o la pareja, mantiene estrecha y

excesiva comunicación con estas figuras, sin manifestar una identidad propia ni sus preferencias.

Evitación, evade toda relación en la que prevalezca la individualidad sobre el apego confuso.

Sobrecompensación, trata de mostrarse autónomo y todo lo opuesto a las figuras significativas.

Vulnerabilidad

La persona vive con el temor de una inminente desgracia, se percibe bajo amenaza constante y sin capacidad para poder prevenirla o manejarla; los temas centrales de sus temores hacen referencia a la salud mental o física, catástrofes externas como por ejemplo, ser victimizada por delincuentes, fenómenos naturales o accidentes en general.

Origen del esquema:

De niño los padres le inculcaron sus propios temores sobre las enfermedades o los peligros, estos constantemente le transmitían mensajes advirtiéndole sobre los peligros en la vida, otra de las experiencias comprende a padres que se excedían en cuidados sobreprotegiendo al menor en aspectos de seguridad o enfermedad; pudo suceder que el contexto de su infancia no era seguro, o que uno de los padres haya vivido un suceso traumático o falleció, tal vez el mismo niño sufrió algún accidente o una enfermedad grave.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, vive preocupado porque se anticipa a que alguna desgracia le va a suceder, está alerta e interesado en buscar corroborar sus ideas catastróficas.

Evitación, evita asistir a lugares que no le den la completa certeza de “seguridad”, evade como una fobia las situaciones “peligrosas”; seguridad y peligro evaluados desde la percepción distorsionada por el mismo esquema.

Sobrecompensación, se comporta de manera arriesgada e imprudente; por otro lado, puede presentar pensamientos mágicos o

compulsiones como forma de sentir confianza en que nada malo sucederá.

Fracaso

Este esquema se centra en las áreas de desempeño en la vida de la persona, sea laboral, académico, deportivo, etc., se presenta la creencia de ser incompetente, sin talento, inepto, que siempre fracasará en el logro de competencias.

Origen del esquema:

Dentro de los orígenes alguno de los padres o ambos trataron con etiquetas despectivas y descalificadoras al niño respecto a su desempeño en diferentes áreas de logro, pudo suceder que las figuras paternas eran muy exitosas y formó la percepción que nunca iba a alcanzar el éxito de su(s) padre(s), por otro lado sintió que si tenía éxito no le interesaba a alguno o ambos progenitores, otra de las experiencias implica el sentirse inferior a sus demás compañeros de la infancia por su bajo rendimiento, o se comparaba negativamente con sus hermanos por creer que no llegaría a estar a su nivel. No aprendió autodisciplina, no realizaba las tareas o no aprendió las habilidades necesarias para afrontar el estudio.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, sabotea su labor, realiza las tareas con desgano y negligencia, su comportamiento sólo asegura el seguir fracasando y cuando se compara con sus compañeros y amistades confirma su idea de ineptitud.

Evitación, evade por completo trabajos que impliquen algún desafío, elige una profesión por debajo de sus capacidades.

Sobrecompensación, se vuelve una persona sumamente competente e incansable en intentar obtener logros, se esfuerza por satisfacer estándares muy altos y resta importancia a los éxitos ajenos para neutralizar su sensación de fracaso.

Dimensión III: Dirigido por las necesidades de los demás

La dimensión se desarrolló a raíz de una insuficiente libertad para expresar pensamientos y emociones válidas. Al niño se le inculcó con énfasis excesivo que las necesidades de los demás se debían satisfacer por encima de las propias, la manera de obtener amor o aprobación de los padres estaba condicionada a suprimir sus propias necesidades a favor de la de los otros, de tal manera que no aprendió a reconocer sus propias inclinaciones naturales y expresar sus necesidades y sentimientos. En la adultez, al interactuar con los demás sus emociones y pensamientos no son mostrados con autenticidad porque se guían externamente de los deseos ajenos, su conducta se dirige en función a las respuestas de los demás, con la finalidad de obtener la aceptación, mantener el afecto y evitar represalias.

Los esquemas de esta dimensión son: Subyugación, Autosacrificio y Búsqueda de aprobación

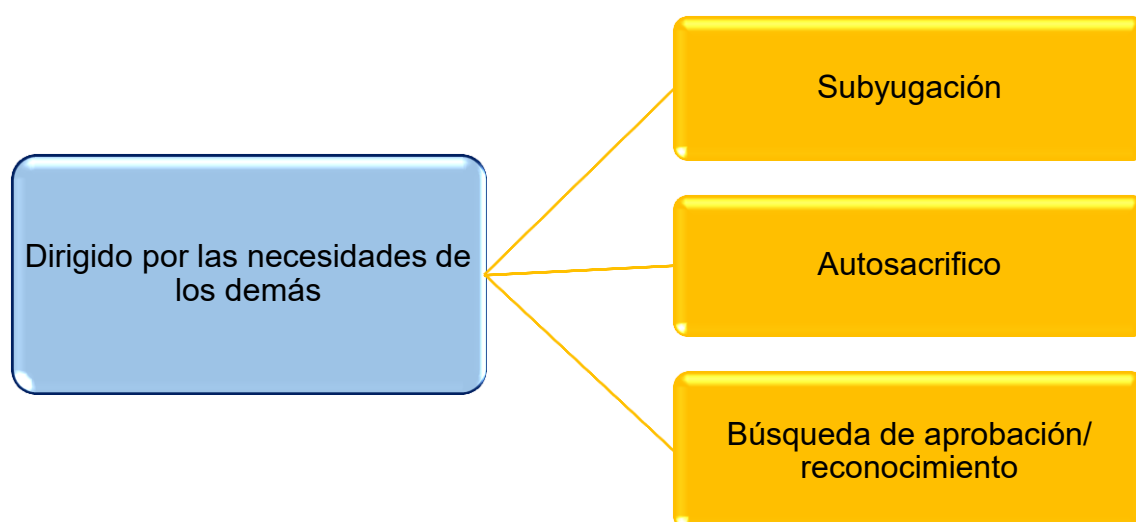


Ilustración 6. Esquemas de la dimensión dirigido por las necesidades de los demás. Elaboración propia (Young et al. 2013).

Subyugación

Regularmente la persona con este esquema presenta la creencia de que sus juicios, intereses y sentimientos no son valiosos para los demás; hay una excesiva preocupación por ceder ante las demandas de los otros, para agradar y satisfacer; puede someter por un lado, sus propios deseos y preferencias o por otro, la expresión de emociones como la ira. Existe el temor al enojo, represalias y abandono de las personas si no se somete. El permitir el control de los demás genera la sensación de estar atrapado con la consecuente ira y conductas pasivo-agresivas, síntomas psicossomáticos o estallidos de cólera.

Origen del esquema:

Los padres controlaban su vida y no le permitían tomar decisiones en base a sus propios intereses, generó dificultades en aprender a reconocer sus propios derechos y necesidades. Recibía castigos, amenazas por parte de los padres, se distanciaban del menor al enfadarse con él por no hacer las cosas a la manera que ellos imponían. Experimentó incomodidad y molestia con los padres por no permitirle la libertad que otros padres daban a sus hijos.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, establece relaciones de pareja y amistades dominantes, permite que estos lo controlen y tomen las decisiones importantes, presenta excesivo interés en ceder a las demandas de los demás para agradar, ser aceptado y para que el otro no se moleste con él.

Evitación, evita cualquier evento en la que expresar sus propias opiniones, discrepando de los demás, pueda generar la ira del otro, conflicto o confrontación.

Sobrecompensación, se comporta de manera pasivo-agresiva o se rebela de manera reactiva contra las órdenes de la autoridad o decisiones tomadas por otros.

Autosacrificio

El esquema se caracteriza por una alta sensibilidad al dolor y sufrimiento ajeno, por ello satisface las necesidades de los demás en detrimento de las propias, el objetivo es evitar la culpa por el padecimiento del otro, así como mantener el vínculo afectivo con el necesitado. Cree no poder soportar hacer o decir algo que hiera a otro, por lo que guarda excesivo cuidado en ello. Sin embargo, el anteponer de modo excesivo las necesidades de los demás a las propias, le genera resentimiento al no obtener reciprocidad.

Origen del esquema:

En los orígenes de este esquema, se presentan vínculos con padres que se caracterizaban por ser débiles, necesitados, indefensos, deprimidos, enfermos o infantiles. Estas personas desde muy temprana edad pudieron haber asumido roles fuera de sus responsabilidades, como ser el soporte de la familia, quien atendía las necesidades de los demás miembros.

Estilos de afrontamiento:

Redición, se caracteriza por dedicarse en exceso a los demás incluso negando sus propias necesidades para proveer lo que considera que el otro requiere. Se relaciona con personas desvalidas que no pueden cubrir las necesidades recíprocamente, asume más responsabilidades de las que le corresponden.

Evitación, evita las relaciones cercanas en las que implique dar o recibir.

Sobrecompensación, ayuda lo menos posible a los demás, incluso puede no apoyar más como reacción de enfado ante la falta de reciprocidad o gratitud de los otros.

Búsqueda de aprobación/ reconocimiento

La persona con este esquema realiza un esfuerzo desmedido para lograr la aprobación y el reconocimiento de los demás, presta valor desmedido al estatus social, las apariencias, entre otros y, sobre ello, guía las decisiones importantes en su vida. Presenta grandes dificultades en desarrollar una personalidad genuina.

Origen del esquema:

En etapas tempranas de su vida, la persona experimentó que era aceptado, valorado por sus padres o figuras significativas si llamaba la atención de ellos a través de conductas que fueran del agrado ajeno sin seguir sus propios intereses. En otros casos, los padres cuidaban y protegían a sus hijos pero simultáneamente eran modelos de búsqueda de reconocimiento de los otros. Los padres hacían hincapié en la aprobación o en el reconocimiento, sus expectativas se basaban en los valores de las condiciones sociales, pudieron haberse preocupado excesivamente en las apariencias externas sin tomar en cuenta las necesidades o preferencias del niño. Así, las personas aprendieron a dirigir sus comportamientos para obtener la validación, aprobación externa, sin poder desarrollar una personalidad genuina y auténtica.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, no se muestra auténtico, es un actor obteniendo logros de diversa índole para obtener la atención de los demás.

Evitación, evade la relación con las personas que admira por temor a ser desaprobado por ellos.

Sobrecompensación, la persona puede presentar dos comportamientos característicos o se mantiene oculto o se comporta de manera abiertamente reprobatoria ante quienes admira.

Dimensión IV: Sobrevigilancia e inhibición

A las personas con esquemas presentes en esta dimensión se les dificultó el desenvolverse con espontaneidad y jugar. En la infancia estas personas tuvieron la vivencia de un entorno desesperanzador, triste o muy estricto con énfasis en el autocontrol y la autonegación, en donde no había cabida para jugar, divertirse, gozar de la felicidad y ser desinhibidos; aprendieron pronto a ser hipersensibles a los sucesos negativos y percibir la vida como desoladora, a ocultar emociones, y evitar obsesivamente los errores. Como adultos, presentan dificultades en su autoexpresión se conceden poco o

ningún tiempo para divertirse y relajarse; hay una sensación en ellos de preocupación y pesimismo, con temor a que su vida se desbarate si no se mantienen alerta; dedicándose a trabajar y competir sin parar, así como a satisfacer reglas rígidas autoimpuestas.

Los esquemas que comprende esta dimensión son: Pesimismo, Inhibición emocional, Normas inalcanzables y Castigo.

Pesimismo o negatividad

Marcada atención a los aspectos negativos de la vida, exagera los posibles resultados negativos y se anticipa a que las cosas indefectiblemente saldrán mal o empeorarán. A la par tienden a desestimar cualquier experiencia positiva.

Origen del esquema:

Un posible origen de este esquema puede ser experiencias infantiles adversas, en las que vivenciaron dificultades y pérdidas.

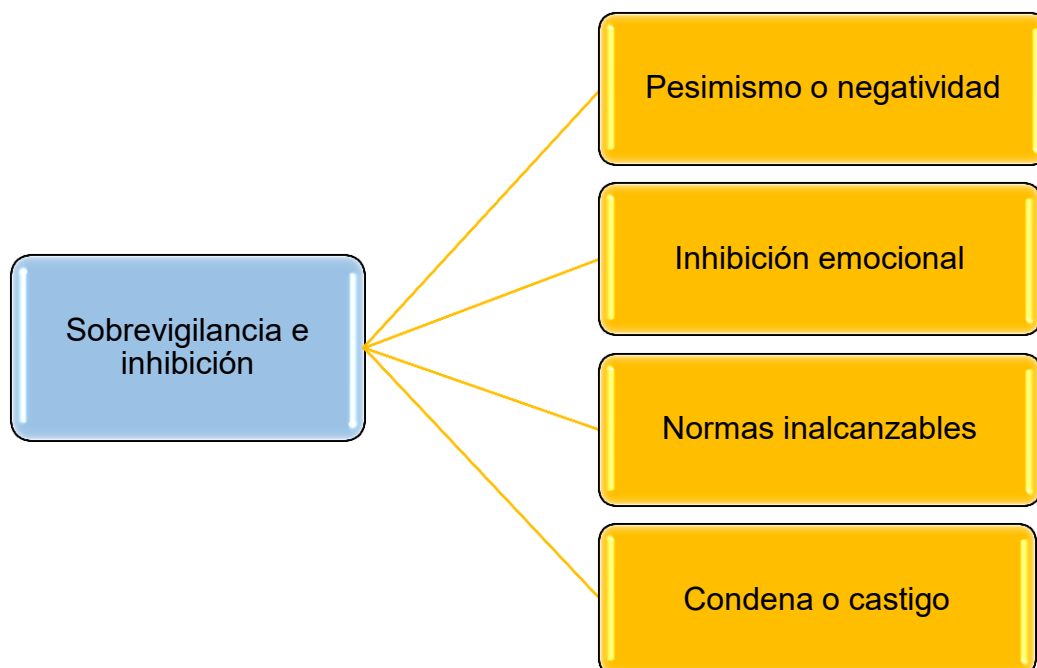


Ilustración 7. Esquemas de la dimensión sobrevigilancia e inhibición.
Elaboración propia (Young et al. 2013).

Pudo haberse aprendido mediante el modelado, la persona internalizó la tendencia depresiva hacia la negatividad y pesimismo de uno de los padres, también pudieron ser quienes desalentaban el optimismo o entusiasmo del niño a través de su conducta pesimista. Young, refiere que el factor biológico podría estar también implicado en el origen de este esquema como en los casos de depresión crónica. Finalmente también se hace mención a aquellas personas que debido a la falta de afecto, simpatía o atención aprendieron a cubrir estas necesidades a través de quejas, lamentos o comentarios pesimistas.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, presenta temor constante a cometer errores ya que espera constantemente que las cosas saldrán mal, se enfoca en los resultados negativos de cada evento.

Evitación, no genera expectativas alentadoras, se dedica a algún vicio o adicción para escapar de los sentimientos de infelicidad.

Sobrecompensación, presenta “ceguera” ante los sucesos desagradables y se comporta optimista de forma irreal.

Normas inalcanzables

La persona se ha autoimpuesto normas y metas imposibles de alcanzar, generalmente con la finalidad de evitar la crítica; existe la percepción que nunca se llegará al nivel óptimo, cuando se logran éxitos en la vida, pocas veces se disfrutan, debido a que, por un lado se concibe que la actividad aún no está bien realizada, y por otro porque su mente está ubicada en otra labor esperando que debe ser atendida. Hay un nivel de crítica muy alta hacia sí mismo y hacia los demás, todo ello menoscaba las relaciones interpersonales, la capacidad de disfrute, sentido de logro y autoestima. Comúnmente, este esquema se presenta de tres maneras, una de ellas es el uso del menor tiempo posible y la mayor eficiencia y, aún usarlo para lograr más; otra de ellas viene a darse en cuanto al perfeccionismo, centrándose en los detalles mínimos y alta rigurosidad, desestimando el desempeño dentro de la norma; una tercera forma

de presentación del esquema es a través de las normas y deberes autoimpuestos rigurosos e irrealistas aplicados a diversas áreas de la vida como, valores, cultura o religión.

Origen del esquema:

El niño internalizó a alguno de los padres o a ambos, como modelos de elevadas metas o normas. Los padres transmitieron a través de mensajes que debía ser excesivamente perfeccionista competente y cada vez más; otra de las experiencias probables en la generación del esquema pudo ser que el afecto que brindaban los padres estaba condicionado a obtener altas metas, o también el menor era criticado por sus padres cuando no lograba las expectativas altas que estos le imponían.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, establece estándares altos, rigurosos e inflexibles para sí mismo y para los demás, se esfuerza constantemente por hacer las cosas de manera perfecta.

Evitación, evade asumir tareas cuyo resultado será evaluado por otros; procrastina en el cumplimiento de sus responsabilidades.

Sobrecompensación, su desempeño puede ser inferior al del promedio de las personas, realiza sus actividades de modo negligente.

Inhibición emocional

La persona se abstiene de expresar acciones, sentimientos o ideas espontáneas, usualmente por tres razones, perder el autocontrol de los impulsos, vergüenza, obtener el reproche o desaprobación de los demás. Muestra además, un excesivo énfasis en el aspecto racional omitiendo las emociones.

Origen del esquema:

De niños los padres o figuras de autoridad, le hicieron sentir vergüenza al mostrarse espontáneo, este esquema presenta también una fuerte carga social, hay ciertas culturas que dan un valor excesivo al autocontrol, por otro lado en las familias a través de la crianza se transmite de manera generacional el limitar la

expresión sentimientos o espontaneidad y desarrollar una excesiva racionalidad.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, se muestra excesivamente parco, no expresa emociones o conductas espontáneas; privilegia la razón y el orden, muy por encima de la emoción.

Evitación, elude actividades que involucren conductas desinhibidas o en las que se requieran expresar sus emociones.

Sobrecompensación, actúa exageradamente y artificial, claramente fingido de modo desinhibido e impulsivo.

Condena o castigo

La percepción esencial en este esquema es que las personas deben ser severamente sancionadas y castigadas por cometer errores o no cumplir con sus expectativas, al sujeto le cuesta empatizar con los sentimientos ajenos, por ello, no logra comprender que pueden existir circunstancias fuera del alcance humano y no existe la perfección humana; su rigidez punitiva le lleva a tornarse impaciente, colérico, especialmente intolerante, con gran dificultad para perdonar a los demás y a sí mismo.

Origen del esquema:

Comúnmente el origen radica en alguno de los padres o ambos que, como modelo trató a la persona del mismo modo en que ésta trata en la vida adulta a los demás o así misma. El niño internalizó a la figura fría y despectiva que carece de comprensión y afecto ante los errores, usualmente no se daba por satisfecho hasta que la persona que se equivocó o no cubría sus expectativas, haya sido severamente castigada; de niño sintió que la sanción impuesta era mucho mayor a la infracción cometida.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, Es intransigente y se muestra como verdugo ante los errores tanto de los demás como los propios.

Evitación, evade cualquier situación que acarree evaluaciones por temor al castigo.

Sobrecompensación, aunque interiormente puede sentir gran enfado y sensación de venganza se muestra exageradamente permisivo e indulgente.

Dimensión V: Límites inadecuados

Los esquemas presentes en esta dimensión se han generado debido a la insatisfacción de la necesidad límites realistas y autocontrol; es así que las personas presentan dificultades en la autodisciplina y reciprocidad, pueden mostrarse egoístas, controladores e impulsivos, ello le acarrea dificultades para conseguir objetivos a largo plazo, ya que espera gratificaciones inmediatas. Entre los orígenes de esta dimensión suele estar una familia excesivamente permisiva e indulgente, no se les enseñó a respetar las normas y reconocer los derechos de los demás. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que de acuerdo con Young et al. (2013) muchas de estas características podrían ser una sobrecompensación a otros esquemas como imperfección, fracaso o privación emocional. Dos son los EDT, presentes en esta dimensión: Grandiosidad e Insuficiente autocontrol/autodisciplina.

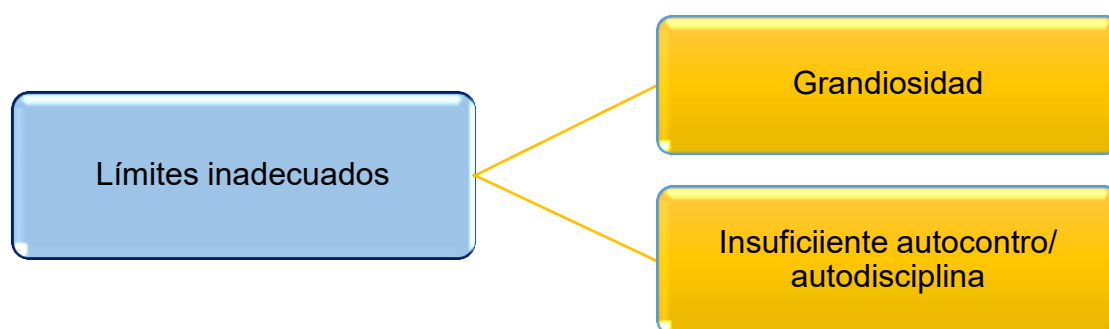


Ilustración 8. Esquemas de la dimensión límites inadecuados. Elaboración propia (Young et al. 2013).

Grandiosidad

Existe la percepción que no requiere seguir las normas de convivencia ni seguir pautas de reciprocidad para con el prójimo, debido a que se concibe como superior a los demás y con derechos y privilegios especiales solo para él, todo ello con la finalidad de obtener poder y control. Con frecuencia implica la imposición de su dominio para obtener lo que quiere, a coste de los demás, sin tomar en cuenta lo que es realista.

Origen del esquema:

Dentro de los orígenes probables de este esquema, podría haber sucedido que la persona tuvo figuras parentales que se encargaban de todos sus quehaceres, decisiones y le hacían las tareas difíciles, estos padres solían someterse a sus demandas de manera incondicional, aún las más exigentes, por ello el niño aprendió a ser controlador y egoísta.

Podrían existir otras probables experiencias de origen conforme las investigaciones presenten nuevas evidencias, este esquema podría también ser usado como estilo de afronte ante una experiencia temprana adversa, así, por ejemplo, la investigación de Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque (2009) mostró una relación significativa entre el esquema de grandiosidad y la historia de maltrato físico en la infancia en universitarios.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, impone a los demás sus reglas, establece relaciones desiguales en las que se comporta sumamente egoísta y es indiferente a las necesidades y sentimientos de los otros; actúa como si fuera superior y se jacta de sus logros.

Evitación, evade las relaciones en las que sea inferior o parte del promedio y no pueda sobresalir e imponerse sobre los demás.

Sobrecompensación, se muestra sumamente servicial y caritativo, atendiendo a las necesidades de los demás de manera exagerada, para encubrir su comportamiento egoísta.

Insuficiente autocontrol/ autodisciplina

La persona carece de autocontrol y autodisciplina, entendido el autocontrol como la capacidad para manejar adecuadamente sus impulsos y emociones, y la autodisciplina como la capacidad para tolerar el aburrimiento y la frustración al realizar actividades; presenta serias dificultades en posponer la gratificación inmediata, busca solo el placer, a pesar de obtener consecuencias dañinas en diversas áreas de su vida.

Origen del esquema:

Los niños que desarrollan este esquema han crecido con padres que no les brindaban disciplina, es probable que los hayan dejado solos la mayor parte del tiempo y/o cedieran ante sus reacciones impulsivas por no saber cómo afrontarlas; el niño creció sin fijársele límites para expresar cualquier pensamiento o emoción, sin tener guía y aprender a autocontrolarse.

Estilos de afrontamiento:

Rendición, renuncia fácilmente a las actividades rutinarias, buscando excesivamente el placer; las tareas que logra ejecutar las realiza de modo descuidado por considerarlas aburridas, suele perder el control emocional.

Evitación, evade la aceptación de cualquier responsabilidad, abandona los estudios, no trabaja, ni se plantea metas a largo plazo.

Sobrecompensación, se vuelve una persona sumamente autodisciplinada o autocontrolada, hace esfuerzos intensos a corto plazo para lograr algún proyecto.

2.3.6. Depresión

Es un conjunto de síntomas que implica alteración del estado de ánimo en el cual, los sentimientos de tristeza, ira o frustración, sensación de vacío, pérdida de interés y de la capacidad de disfrute, interfieren sobremanera en la vida de las personas depresivas. A nivel mundial, se calcula que un 4.4% de la población sufre

depresión, con el riesgo de ir en aumento. Asimismo, la depresión es el coadyuvante principal de los casos de discapacidad y suicidio. Se ha observado que presenta comorbilidad con otras alteraciones mentales especialmente la ansiedad. (Organización Panamericana de la Salud, 2017). En ese sentido, Aragonés, Lluís Piñol y Labad (2009) encontraron que coexistían con la depresión mayor otros trastornos más; los trastornos mentales comórbidos fueron la ansiedad generalizada, trastorno de pánico, distimia y trastorno de somatización. Asimismo, en estos casos de comorbilidad la depresión mayor era más severa y afectaba más la vida funcional de las personas.

Según Beck (1983) para comprender la base psicológica de la depresión, es importante tomar en cuenta tres conceptos base del modelo cognitivo, estos son: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (ver Ilustración 9).

La triada cognitiva, comprende aquellos patrones cognitivos peculiares y distintivos de la persona, se presenta a través de tres formas principales por las que el sujeto se concibe a sí mismo, al mundo y su futuro. Por esta razón, la persona con depresión presenta una pobre autovaloración, lo que conlleva a creer que sus experiencias desagradables surgen como consecuencia de un defecto suyo, sea físico, psicológico o moral; tiende a ser muy autocrítica haciendo hincapié en sus defectos, ello le impide pensar que posee los recursos y capacidades para ser feliz.

Siguiendo la línea planteada, este modo rígido de interpretar las experiencias de su entorno, hace que se conciban como negativas y sobreexigentes, igualmente en su visión del futuro, la persona realiza planes, pero prevé un desenlace negativo como continuación indefinida de lo que considera su desgraciada situación actual.

En el modelo cognitivo de Beck las características mencionadas son producto de cogniciones negativas que traen consigo síntomas

motivacionales como una voluntad endeble, deseos de escape y evitación.

Los esquemas, son aquellas cogniciones estables por las que el sujeto responde regularmente de manera característica a diferentes circunstancias.

La persona con depresión categoriza, evalúa e interpreta los acontecimientos con pesimismo y desesperación, determinados por los esquemas. Sin embargo, diferentes personas conceptualizan una misma situación de manera distinta, así también en los diferentes niveles de depresión estos esquemas trabajan distinto.

En las depresiones leves por ejemplo, la persona aún es capaz de concebir sus pensamientos negativos con alguna objetividad y en la medida en que la depresión se hace más intensa, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas; así se tiene que la depresión grave incapacita a la persona para considerar que sus ideas son erradas, debido a que los esquemas inadecuados hacen que sus cogniciones se distorsionen ajustándose a estos.

Beck (1983) sostiene que las experiencias tempranas en la vida de las personas con depresión son la base para formar conceptos negativos sobre sí mismo, el futuro y el mundo. Ello es apoyado por datos estadísticos de La Organización Mundial de la Salud (2018), al advertir que, antes de los 14 años se inician el 50 por ciento de los trastornos mentales; asimismo, la depresión es el tercer trastorno mental que más aqueja a los adolescentes y el suicidio es la segunda causa de muerte dentro del grupo etario comprendido entre los 15 y 29 años.

Siguiendo con Beck (1983) los esquemas negativos pueden permanecer inactivos por periodos largos, pero por alguna situación específica pueden reactivarse.

Los errores cognitivos, se presentan en el pensamiento de la persona deprimida y son los que afianzan la creencia de los conceptos negativos, incluso a pesar de haber evidencias contrarias

en la realidad. Es así que estas personas tienden a concebir una experiencia determinada, en base a un detalle y generalizarlo en posteriores ocasiones; pueden también culparse a sí mismos por sus experiencias negativas maximizándolos y minimizando aquellas experiencias positivas, tienden a centrarse en aspectos negativos y a clasificar a las experiencias de manera absolutista.

Al respecto, Estévez y Calvete (2009), realizaron un estudio sobre la mediación de pensamientos automáticos en la relación entre esquemas y síntomas de depresión. Encontraron que los pensamientos automáticos de insatisfacción, dificultad de afrontamiento y carencia de pensamientos positivos, actúan como mediadores en los esquemas de Privación emocional, Abandono y Fracaso.

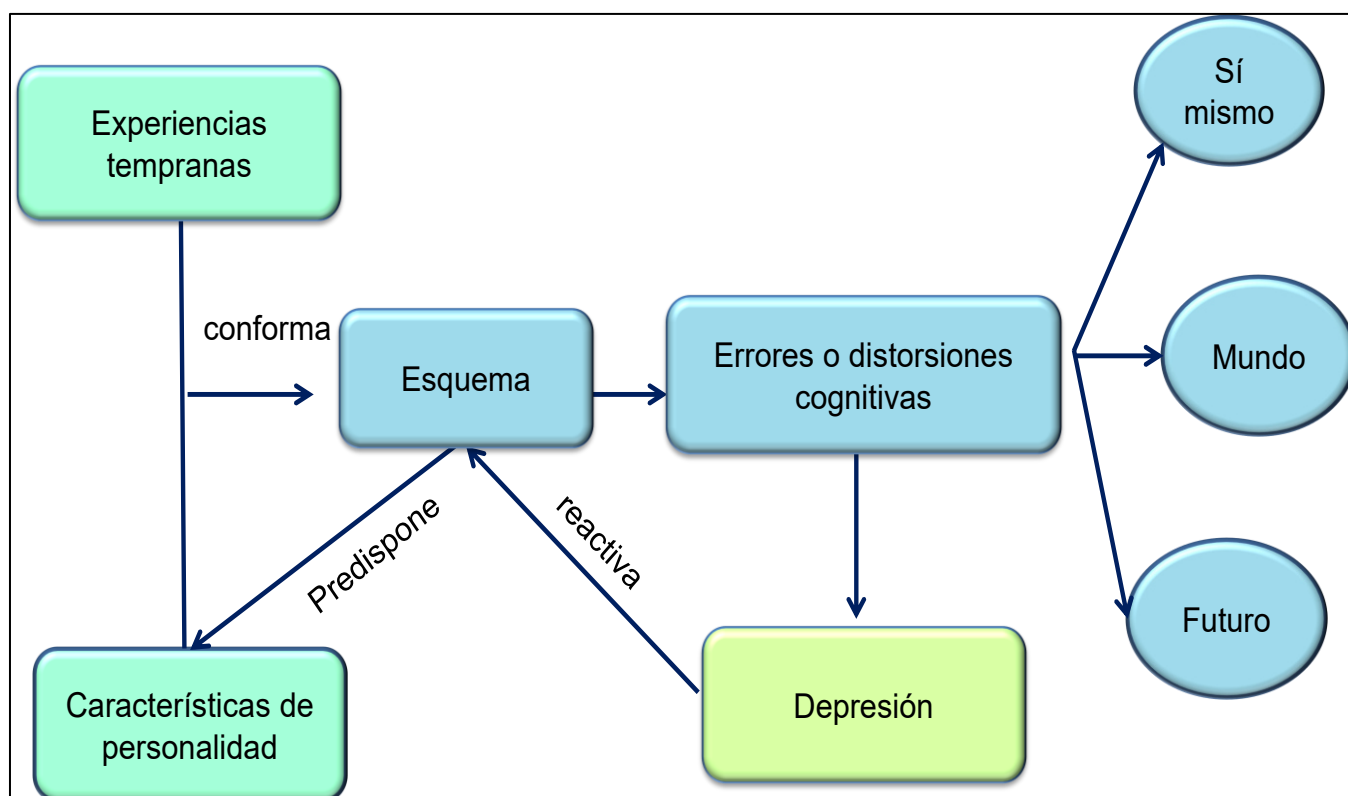


Ilustración 9. Conceptos Base del Modelo Cognitivo. Elaboración propia (Beck, 1983).

2.3.7. Síntomas de Depresión

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), no ha realizado cambios sustanciales respecto a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos, de la IV a la V edición del manual diagnóstico; por ello los síntomas incluidos por Aaron Beck, continúan siendo relevantes. El manual considera que debe presentarse la anhedonia o el ánimo depresivo y cuatro síntomas más para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor.

Los dos manuales especializados, tanto la quinta revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V) y la décima revisión de la Clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10), consideran que los síntomas deben ser persistentes al menos por dos semanas para la consideración de un episodio depresivo mayor.

Siguiendo la propuesta de la OMS, se han considerado dos subcategorías principales, la depresión crónica, persistente o distimia y el trastorno o episodio depresivo mayor. Ambas comparten los síntomas que se describirán a continuación; sin embargo la depresión crónica se caracteriza por presentar síntomas de menor magnitud y más duraderos que los de la depresión mayor que pueden presentarse -dependiendo de la cantidad e intensidad de los síntomas- como episodios leves, moderados o graves este último con o sin síntomas psicóticos. El diagnóstico del episodio depresivo, debe incluir dos o tres síntomas de los considerados típicos, anhedonia, disminución de la vitalidad y humor depresivo, dependiendo del nivel de gravedad (Organización Panamericana de la Salud 2017; Organización Mundial de la Salud, 1992).

A continuación se describirán los síntomas del trastorno depresivo (Organización Mundial de la Salud, 1992; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014):

- Apatía: pérdida de interés y Anhedonia: dificultades en la capacidad de disfrutar las cosas que anteriormente eran placenteras.

- Astenia: fatiga, debilidad general, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio excesivo, incluso ante el mínimo esfuerzo. Por el contrario agitación psicomotriz, sin lograr controlar la inquietud.
- Humor depresivo: sentirse triste y decaído emocionalmente, sensación de vacío y desesperanza.
- Dificultad en la atención, concentración, el pensar, recordar y tomar decisiones.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil.
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- Aumento o disminución del apetito o del peso.
- Insomnio, no poder dormir o hipersomnia, dormir demasiado.
- Pérdida marcada de la libido.

La depresión es un problema crítico que se ha asociado a diversas alteraciones psicológicas con mayor complicación si se presenta en la niñez y no es tratada, Kasen y cols. (2001) mostraron en su investigación que la existencia de un trastorno depresivo mayor en la infancia aumenta significativamente la probabilidad de presentar un trastorno de personalidad en la adultez, tales como trastorno dependiente, antisocial, pasivo-agresivo e histriónico, así como esquizoide y paranoide. Por otro lado, como se ha mencionado con anterioridad, la comorbilidad que se presenta con este trastorno agrava la situación del paciente, haciendo que la depresión mayor sea más grave deteriorando más la vida de las personas, Aragonés, Lluís Piñol y Labad (2009).

Tomando en cuenta la repercusión de la depresión en la vida de las personas, como impedimento para el desarrollo de una vida satisfactoria y los aportes que expertos han dado acerca de los orígenes en la infancia como factores de riesgo importantes en el

posterior desarrollo de la depresión en la edad adulta, se colige la relevancia de los aportes de Beck, complementados por la visión integrativa de Young, los que proporcionan el marco de referencia que sostiene el presente estudio. Los esquemas están presentes en todas las personas, como se ha referido en líneas anteriores, estos son más críticos y conllevan a mayor disfuncionalidad en personas con alteraciones psíquicas, debido a la formación desde la primera infancia, conjugado con el propio temperamento, estos influirán en la visión que se tenga de sí mismo, el mundo y el futuro; de ahí la relevancia en discriminar diversas alteraciones con la depresión.

2.4. Definición de Términos Básicos

2.4.1 *Esquemas Disfuncionales Tempranos*

Temas generales compuestos de memorias, emociones, pensamientos y sensaciones corporales, originados por el temperamento y experiencias dañinas de la infancia que funcionan como patrones caracterizados por su repetición no consciente guiando la vida adulta de la persona e interfiriendo en sus metas y realización. (Young, et al., 2013).

2.4.2 *Depresión*

Síndrome en el cual, la alteración del estado de ánimo afecta el desenvolvimiento integral de la persona, predominan síntomas afectivos, caracterizados por una marcada anhedonia, sentimientos de tristeza, desesperanza, apatía, irritabilidad o frustración; implicando también síntomas cognitivos, fisiológicos y motores. (Beck, 1983; Organización Mundial de la Salud, 1992).

2.5 Sistema de Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos presentes en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

2.5.2 Hipótesis específicas

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión desconexión y rechazo en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

H₂: Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

H₃: Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

H₄: Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión sobrevigilancia e inhibición en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

H₅: Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión límites inadecuados en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación es descriptiva, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), debido a que estuvo orientada a observar, medir o evaluar y especificar, el conocimiento de la realidad a investigar. Asimismo, se empleó el diseño descriptivo comparativo, el cual permitió establecer las diferencias de los esquemas en participantes con depresión en comparación a los participantes que no presentan depresión. Este diseño siguió el siguiente esquema (Sánchez y Reyes 2006):

M1-----O1

M2-----O2

O1 ≠ O2

M1 es la muestra de personas con depresión y M2 es la muestra de personas sin depresión; mientras que O1 son los EDT de M1 y O2 son los EDT en presentes en M2.

3.2 Población y Muestra de Estudio

A continuación se describen la población y las muestras de estudio.

3.2.1 Población de la investigación

La población estuvo conformada por el total de personas atendidas en consulta externa de un hospital especializado en salud mental.

3.2.2 Muestra de la investigación

Las muestras estuvieron comprendidas por 51 personas con depresión y 49 personas sin depresión, en las siguientes líneas se describe el proceso de selección de estas.

Se trabajó con un total de 100 participantes atendidos en consulta externa de un hospital especializado en salud mental, se utilizó el muestreo no probabilístico, intencional o por conveniencia, seleccionada de acuerdo a las características y propósitos de la investigación. (Hernández, et al., 2014).

Se han considerado los criterios de inclusión, según la representatividad, bajo el criterio de la investigadora el cual se ajustó a los fines del estudio, como se indica a continuación:

1. Ser atendido en consulta externa.
2. Haber cumplido 18 años.
3. Dar su consentimiento informado.
4. De ambos sexos.
5. Que sus condiciones mentales no constituyan impedimento para la comprensión y aplicación de los inventarios.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Presencia de enfermedad o trastorno grave que imposibilite la comprensión y aplicación de los inventarios.
2. Ausencia de disposición para colaborar en la investigación.

Seguidamente, se seleccionaron las dos muestras de acuerdo a las puntuaciones alcanzadas en el IDB-II. Es así que, en base a los resultados obtenidos por el inventario de depresión de Beck, según los puntos de corte, los participantes con resultados dentro de la magnitud mínima y leve, formaron parte del grupo sin depresión; por otro lado los participantes con resultados moderados y graves formaron parte del grupo con depresión; ello debido a que Beck sugiere elevar los puntos

de corte a fin de evitar o bien reducir todo lo posible, los falsos positivos y obtener un grupo lo más puro posible con síntomas de depresión. (Beck, Steer & Brown, 2006). Las muestras quedaron distribuidas con 51 participantes con depresión y otros 49 sin depresión.

A continuación se describirán las características sociodemográficas en el total de participantes, la cual estuvo compuesta por 48 hombres y 52 mujeres, como se observa en la Tabla 1. Las edades se distribuyeron entre los 18 y 71 años. El mayor porcentaje de la muestra total se encontraba entre los 18 y 29 años con 49% en total, 23 hombres y 26 mujeres. El menor número de participantes estuvo en el rango de edad entre los 60 y 71 años con dos participantes varones. (véase ilustración 3).

Tabla 1

Grupos Etarios Según Sexo

GRUPOS ETÁRIOS	SEXO				TOTAL	
	Hombre		Mujer			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
18 a 29	23	47.9	26	50	49	49
30 a 39	12	25	17	32.7	29	29
40 a 49	8	16.7	7	13.5	15	15
50 a 59	3	6.3	2	3.8	5	5
60 a 71	2	4.2	0	0	2	2
TOTAL	48	100	52	100	100	100

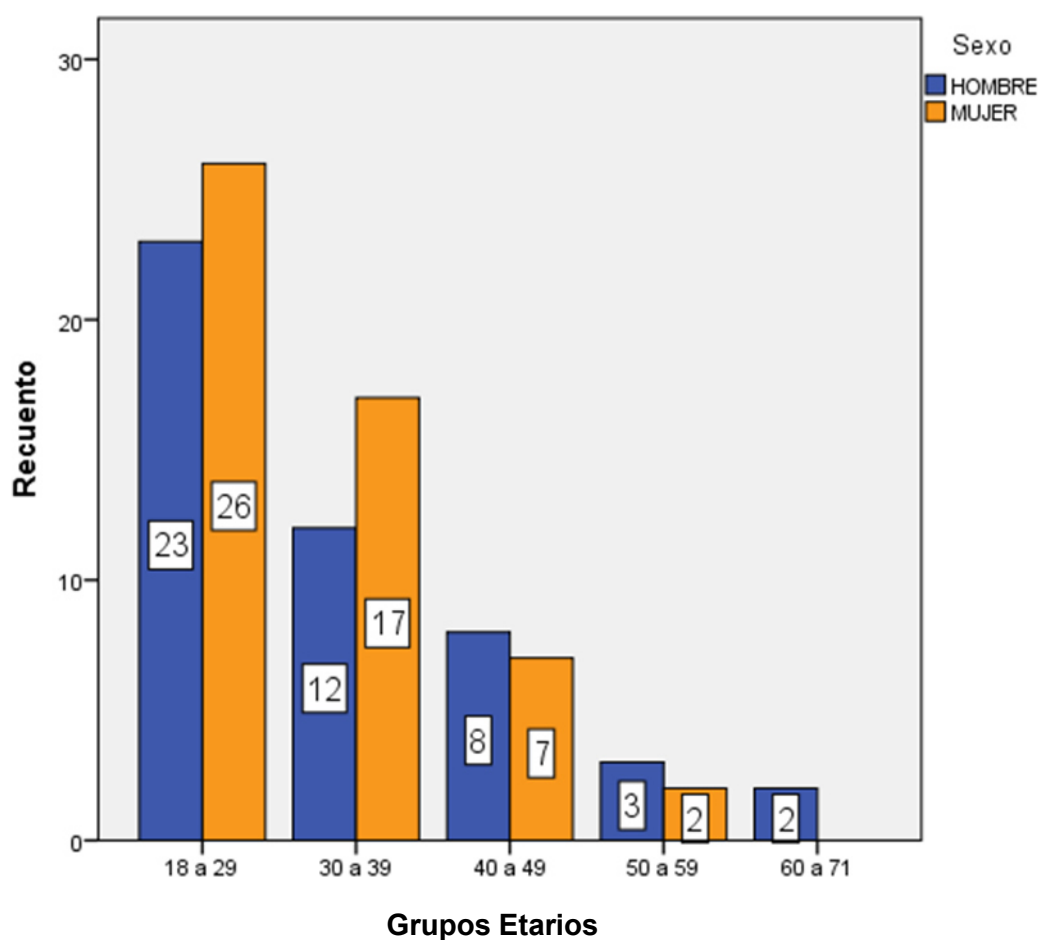


Ilustración 10. Grupos Etarios Según Sexo.

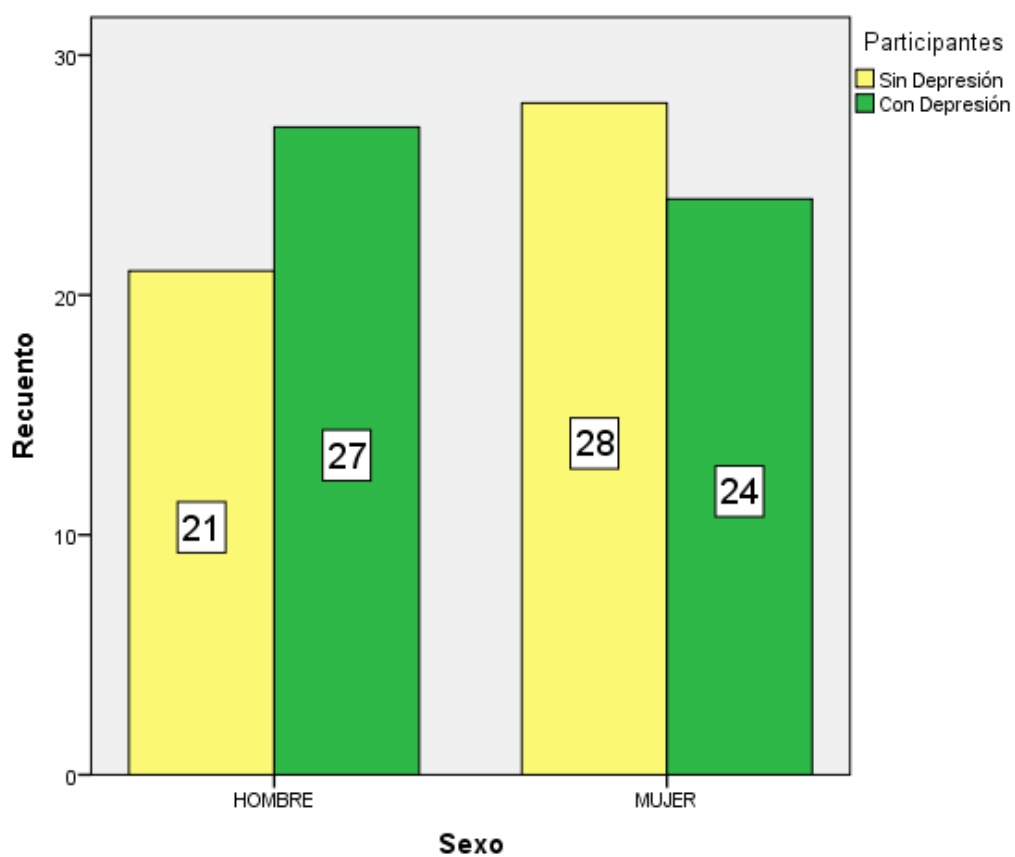
Seguidamente, se describe la distribución de las muestras de pacientes con y sin depresión.

Los hombres que conformaron el grupo sin depresión fueron un total de 21, mientras que quienes se encontraban en el grupo con depresión fueron 27; por otro lado, las mujeres sin depresión fueron 28 y las que conformaron el grupo con depresión fueron 24. (Véase tabla 2 e ilustración 4)

Tabla 2

Muestras de Personas Con y Sin Depresión según Sexo

SEXO	MUESTRA				TOTAL	
	Con Depresión		Sin Depresión			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	27	52.9	21	42.9	48	48
Mujer	24	47.1	28	57.1	52	52
TOTAL	51	100	49	100	100	100

**Ilustración 11. Muestra Con y Sin Depresión Según Sexo**

El estado civil de los participantes estuvo constituido en cuatro grupos, el 50 % del total de personas eran solteros; seguido del 27% de personas en estado de convivencia, el 22% era casado y solo un participante era viudo. Las frecuencias en las muestras con y sin depresión fueron similares como se observa en la tabla 3 e ilustración 5.

Tabla 3
Estado Civil en Personas Con y Sin Depresión

ESTADO CIVIL	MUESTRA				TOTAL	
	Con Depresión		Sin Depresión			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Casado	11	21.6	11	22.4	22	22
Soltero	26	51	24	49	50	50
Conviviente	14	27.5	13	26.5	27	27
Viudo	0	0	1	2	1	1
TOTAL	51	100	49	100	100	100

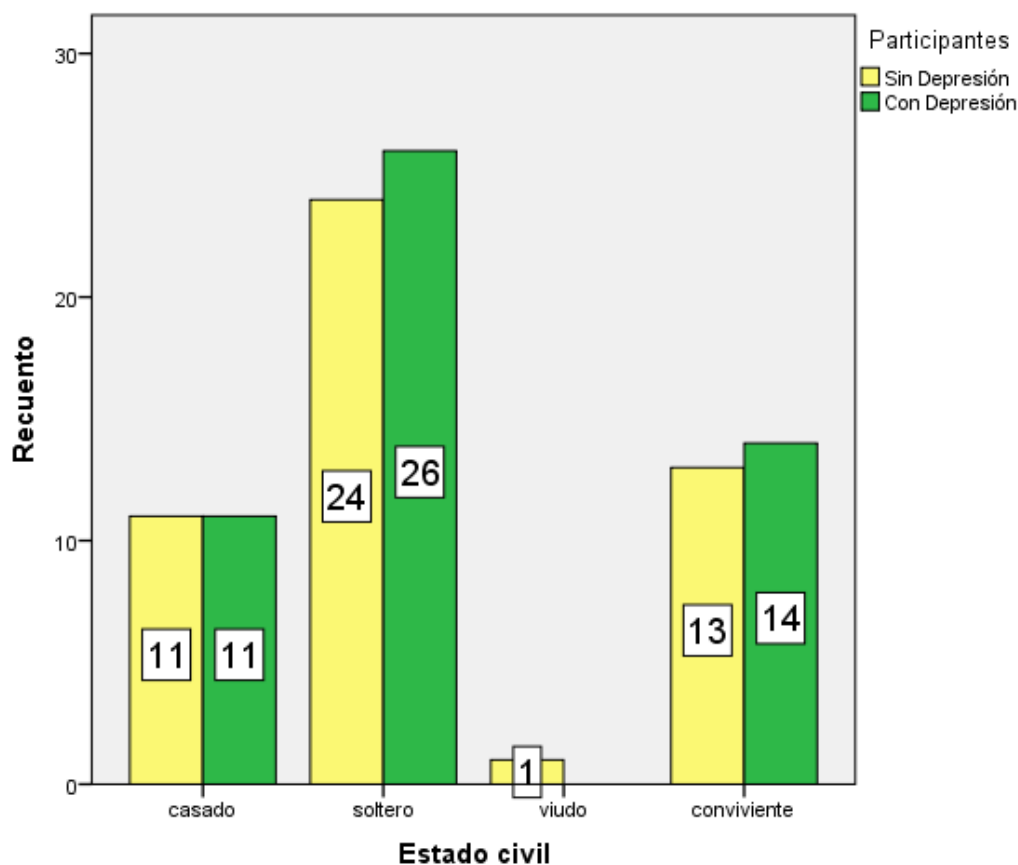


Ilustración 12. Estado Civil en Personas Con y Sin Depresión

En la tabla 4 se muestra el grado de instrucción, se observa que la mayor cantidad de participantes de la muestra (51) concluyeron sus estudios secundarios. Once personas presentaron estudios técnicos inconclusos; mientras que diez participantes concluyeron el nivel superior técnico, el mismo número de personas informó que alcanzó el grado universitario incompleto.

Tabla 4
Grado de Instrucción en Personas Con y Sin Depresión

GRADO DE INSTRUCCIÓN	MUESTRA				TOTAL	
	Con Depresión		Sin Depresión			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Primaria completa	2	3.9	1	2	3	3
Secundaria incompleta	5	9.8	2	4.1	7	7
Secundaria completa	23	45.1	28	57.1	51	51
Superior técnica completa	7	13.7	3	6.1	10	10
Superior técnica incompleta	7	13.7	4	8.2	11	11
Superior universitaria incompleta	5	9.8	5	10.2	10	10
Superior universitaria completa	2	3.9	6	12.2	8	8
TOTAL	51	100	49	100	100	100

Se observa en la tabla 5, que 30 de los participantes o el 30%, trabajaban como empleados, 32.7% de ellos pertenecen al grupo sin depresión y 27.5 % son empelados del grupo con depresión. La segunda ocupación con mayor frecuencia en la muestra estuvo compuesta por 24 participantes que se desempeñaban como trabajadores independientes; por otro lado 16 participantes se dedicaban a estudiar; en el grupo con depresión se encontraban 11 de ellos, mientras que los otros cinco 5 se ubicaron en el grupo sin depresión. Otro dato a resaltar es que 15 personas (15%), no presentaban una actividad en particular a la que se dedicaran.

Tabla 5

Ocupación en Personas Con y Sin Depresión

Ocupación	MUESTRA				TOTAL	
	Con Depresión		Sin Depresión			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
En casa	8	15.7	7	14.3	15	15
Ama de casa	3	5.9	5	10.2	8	8
Estudiante	11	21.6	5	10.2	16	16
Trabajador ambulante	0	0	2	4.1	2	2
Trabajador independiente	13	25.5	11	22.4	24	24
Obrero	2	3.9	3	6.1	5	5
Empleado	14	27.5	16	32.7	30	30
TOTAL	51	100	49	100	100	100

3.3 Variable de Estudio

3.3.1.1 Esquemas Disfuncionales Tempranos, son patrones que guían la vida de la persona, están compuesto de emociones, sensaciones corporales, recuerdos y cogniciones. En este estudio se han evaluado a través del Cuestionario de Esquemas de Young en la versión breve (YSQ-S3)

3.4. Técnicas de Recolección de Datos

A continuación, se procederá a desarrollar, las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos. Previamente se solicitó la participación voluntaria de las personas, a través de un consentimiento informado. (Anexo A).

Entrevista Semiestructurada

Se realizó una entrevista semiestructurada a través de una ficha de datos personales, en la cual se recogió información de aspectos demográficos como: sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación. (Anexo B).

Inventario de Depresión de Beck II (IDB- II)

a) Ficha Técnica

Nombre	: Inventario de Depresión de Beck II
Nombre Original	: Beck Depression Inventory II (BDI-II)
Autores	: A. Beck, R. Steer & G. Brown.
Año	: 1996
Objetivo	: Evaluar la intensidad sintomática de la depresión.
Adaptación al español	: M. E. Brenlla y C. M. Rodríguez
Año	: 2006
Tiempo de Aplicación	: 10 minutos aproximados.
Administración	: Individual y Colectiva.
Ámbito de aplicación	: Población en general y clínica.
Edad de aplicación	: 13 años en adelante.
Total de ítems	: 21

b) Descripción

El IDB en su segunda edición, elaborado por Beck, Steer & Brown en 1996 es un instrumento de autoaplicación que consta de 21 ítems para evaluar las manifestaciones conductuales de la depresión, se compone de 4 afirmaciones acerca de la intensidad del síntoma, desde 0 ausente o mínima, hasta 3 muy intenso o grave, la persona tendrá que elegir la alternativa que mejor se aproxima a su estado medio durante las dos últimas semanas, incluyendo el día en que completa el inventario.

c) Validez y confiabilidad

Beck y colaboradores, observaron una alta consistencia interna del IDB-II, en muestras clínicas como en no clínicas con un coeficiente alfa de .92.

En la adaptación al español realizada por Brenlla y Rodríguez (2006), el inventario obtuvo niveles elevados de consistencia interna con un coeficiente alfa de .88.

En la presente investigación se han tomado los datos obtenidos por Barreda (2019) al estudiar las propiedades psicométricas del IDB-II en una muestra clínica (N=400), la confiabilidad por consistencia interna obtenida fue de un alfa de Cronbach de .93, asimismo se corroboró la validez de contenido evaluado a través del criterio de jueces, obteniéndose el coeficiente de validez de contenido de Aiken, (Penfield y Giacobbi (2004), en Merino y Livia 2009), con valores entre 0.90 y 1.00, concluyendo que el 100% de ítems son válidos. (Anexo C).

d) Calificación

La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que la persona elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.

Cuestionario de Esquemas de Young - versión breve (YSQ-S3)

a) Ficha Técnica

Nombre	: Cuestionario de Esquemas de Young- Versión breve (YSQ-S3)
Nombre original	: YSQ-S3 Young Schema Questionnaire -Short Form
Autor	: Jeffrey Young Ph. D.
Año	: 2005
Objetivo	: Evaluación de la intensidad e identificación de los Esquemas Disfuncionales Tempranos
Tiempo de aplicación	: 35 minutos aproximados
Administración	: Individual o Colectiva
Ámbito de aplicación	: Población en general y clínica.
Edad de aplicación	: 15 años en adelante.
Total de ítems	: 90
Dimensiones	: Desconexión y rechazo, perjuicio de autonomía y desempeño, dirigido por las necesidades de los demás, sobrevigilancia e inhibición, límites inadecuados.

b) Descripción

El Cuestionario de Esquemas de Young - versión breve (YSQ-S3), es un instrumento de autoaplicación creado en el año 2005 por Jeffrey Young, está compuesto de 90 ítems tipo Likert para evaluar la presencia de esquemas disfuncionales tempranos presentes en la persona, presenta 6 alternativas, desde 1 totalmente falso hasta 6 me describe perfectamente; el evaluado tendrá que elegir la alternativa que mejor lo describa (Young, 2005). Cada dimensión compone un número determinado de esquemas, cada esquema cuenta con cinco ítems. (Véase tabla 6).

Tabla 6
Ítems del YSQ-S3 por Esquemas y Dimensiones

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Desconexión y rechazo	Abandono	2, 20, 38, 56, 74.
	Desconfianza y abuso	3, 21, 39, 57, 75.
	Privación emocional	1, 19, 37, 55, 73.
	Imperfección	5, 23, 41, 59, 77.
	Aislamiento o Exclusión social	4, 22, 40, 58, 76.
Perjuicio en autonomía y desempeño	Dependencia o incompetencia	7, 25, 43, 61, 79.
	Vulnerabilidad	8, 26, 44, 62, 80.
	Enmarañamiento	9, 27, 45, 63, 81.
	Fracaso	6, 24, 42, 60, 78.
Dirigido por las necesidades de los demás	Subyugación	10, 28, 46, 64, 82.
	Autosacrificio	11, 29, 47, 65, 83.
	Búsqueda de aprobación	16, 34, 52, 70, 88.
Sobrevigilancia e inhibición	Negatividad o pesimismo	17, 35, 53, 71, 89.
	Inhibición emocional	12, 30, 48, 66, 84.
	Normas inalcanzables	13, 31, 49, 67, 85.
	Condena o castigo	18, 36, 54, 72, 90.
Límites inadecuados	Grandiosidad	14, 32, 50, 68, 86.
	Insuficiente autocontrol/ autodisciplina	15, 33, 51, 69, 87.

c) Validez y confiabilidad.

El autor Young, tomó los ítems más representativos del Cuestionario en versión larga (Young, Schmidt, Joiner, & Telch, 1995) para crear la versión breve. En la versión larga se obtuvo coeficientes alfa en cada escala que representa un esquema en un rango de .83 a .96.

En el presente estudio se evaluó la validez y confiabilidad de la versión breve en una muestra clínica (N=400), el cuestionario obtuvo

niveles elevados de consistencia interna con un coeficiente alfa de .98. De igual modo los valores de fiabilidad en cada dimensión oscilaron entre .72 y .90. La validez de contenido fue evaluado a través del criterio de jueces, con valores del coeficiente V de Aiken (Penfield y Giacobbi (2004), en Merino y Livia 2009), entre 0.66 y 0.97, obteniéndose el 100% de ítems válidos. (Anexo D)

d) Calificación

La puntuación total de los 90 ítems, se califica por esquemas, cada uno de ellos varía de 6 a 30. Se evalúa la puntuación de acuerdo al puntaje total por cada esquema según a las pautas indicadas por el autor.

3.5. Procedimiento de Recolección de Datos

Para el procedimiento de recolección de datos, se realizaron las coordinaciones pertinentes con las autoridades representantes del hospital especializado en salud mental y el jefe del servicio de consulta externa; luego se tomó contacto con los pacientes a quienes se les informó brevemente sobre los objetivos de la investigación, asegurándoseles la confidencialidad de la información brindada. Asimismo, se indicó a cada participante que el análisis de los datos se trabajaría en grupo, por ello no se le solicitaría su nombre en la aplicación de los instrumentos de evaluación. Luego de ello los participantes brindaron su consentimiento informado. De esta manera, a quienes desearon participar libremente, se les realizaron las entrevistas y posteriormente se aplicaron las pruebas de estudio.

Las entrevistas se hicieron de manera individual, previamente se realizó una explicación en términos claros y sencillos acerca de las características e instrucciones de los instrumentos, luego se les invitó a responder.

3.6. Análisis e Interpretación de la Información

Se llevó a cabo el análisis estadístico, a través del programa SPSS 24.0. En primer lugar, se obtuvo el análisis psicométrico de los cuestionarios con la respectiva confiabilidad y validez.

El análisis descriptivo de la variable se obtuvo a través del análisis de la bondad de ajuste a la curva normal, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

El análisis inferencial para la contrastación de hipótesis, se realizó a través del estadístico U de Mann-Whitney.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados Descriptivos de la Investigación

A continuación se presentan los datos estadísticos descriptivos de la variable estudiada, lo cual contribuirá al análisis de los resultados de las pruebas de hipótesis.

Como primer paso se realizó el análisis de la bondad de ajuste a la curva normal, a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se obtuvieron valores $p = .200$ para la variable Esquemas y cuatro de las cinco dimensiones. Sin embargo, en trece esquemas, así como en la dimensión sobrevigilancia e inhibición, se observaron valores $p \leq .05$, por lo que se puede concluir que no se aproxima a la curva normal.

Por lo tanto, basta que uno de los valores no se aproxime a la curva normal; para decidir utilizar la prueba no-paramétrica U de Mann-Whitney. (Véase tabla 7).

Tabla 7
Análisis de la Bondad de Ajuste a la Curva Normal de cada Dimensión y Esquema

Variables	<i>M</i>	<i>DT</i>	Z de Kolmogorov- Smirnov	<i>p</i>
Esquemas disfuncionales tempranos	275.22	80.28	.039	.200*
Dimensión desconexión y rechazo	75.08	27.77	.048	.200*
Dimensión perjuicio en autonomía y desempeño	57.24	19.46	.049	.200*
Dimensión dirigido por las necesidades de los demás	46.43	16.50	.060	.200*
Dimensión sobrevigilancia e inhibición	63.14	18.62	.089	.047
Dimensión límites inadecuados	33.33	10.72	.052	.200*
Abandono	17.11	7.71	.097	.022
Desconfianza	15.30	7.70	.119	.001
Priv. Emocional	16.37	7.63	.088	.054
Imperfección	12.26	6.41	.138	.000
Exclusión Social	14.04	7.96	.128	.000
Dependencia	14.13	6.68	.095	.026
Vulnerabilidad	15.66	6.41	.064	.200*
Enmarañamiento	13.74	6.17	.088	.055
Fracaso	13.71	7.04	.108	.006

Subyugación	14.12	5.95	.095	.026
Autosacrificio	15.04	7.21	.108	.006
Búsqueda de Aprobación	17.27	7.31	.095	.027
Negatividad	15.82	5.85	.077	.157
Inhibición Emocional	16.07	7.47	.091	.039
Normas Inalcanzables	16.80	5.63	.105	.008
Castigo	14.45	7.26	.103	.011
Grandiosidad	17.19	5.85	.076	.166
Insuficiente Autocontrol	16.14	5.83	.081	.103

Nota: N= 100

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Seguidamente, se presentan datos complementarios respecto a las puntuaciones promedio jerarquizadas obtenidas para cada esquema según las dos muestras, en negrita se han resaltado aquellos esquemas compartidos por ambos grupos dentro de los seis promedios más altos. Se observa que todos los valores promedio de los participantes con depresión son mayores a las medias obtenidas en el grupo sin depresión. El esquema Grandiosidad presenta el promedio más alto en los participantes con depresión, seguido de Abandono y Búsqueda de aprobación, Inhibición emocional, Insuficiente autocontrol y Privación emocional; aunque las medias son más bajas en el grupo sin depresión, los valores promedio más altos se evidencian en los esquemas Normas inalcanzables, Búsqueda de aprobación, Abandono, Grandiosidad, Privación emocional y Castigo. (Véase tabla 8)

Tabla 8

Valores Promedio de los Esquemas en Personas Con y Sin Depresión

CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN	
Esquemas Disfuncionales Tempranos	M	Esquemas Disfuncionales Tempranos	M
Grandiosidad	20.33	Normas inalcanzables	15.33
Abandono	20.06	Búsqueda de aprobación	14.55
Búsqueda de aprobación	19.88	Abandono	14.04
Inhibición emocional	19.57	Grandiosidad	13.92
Insuficiente autocontrol	19.45	Privación emocional	13.88
Privación emocional	18.77	Castigo	13.20
Desconfianza y abuso	18.67	Autosacrificio	13.12
Negatividad	18.67	Negatividad	12.86
Vulnerabilidad	18.51	Insuficiente autocontrol	12.69
Normas inalcanzables	18.22	Vulnerabilidad	12.59
Subyugación	17.75	Inhibición emocional	12.43
Dependencia	16.92	Desconfianza y abuso	11.80
Exclusión social	16.92	Dependencia	11.22
Autosacrificio	16.88	Exclusión social	11.04
Fracaso	16.70	Enmarañamiento	10.92
Enmarañamiento	16.45	Fracaso	10.59
Castigo	15.65	Subyugación	10.35
Imperfección	14.94	Imperfección	9.47

4.2. Pruebas de Hipótesis

Para contrastar las hipótesis de estudio en los grupos independientes, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, con un nivel de significancia, Sig. = .05. Cabe señalar que los datos fueron analizados en el programa estadístico para ciencias sociales SPSS versión 24.

La Regla de decisión para el contraste de hipótesis es el siguiente:

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) Sig. $\leq .05$.

No se rechaza la hipótesis nula (H_0) Sig. $> .05$,

A continuación se presenta la prueba de hipótesis general

- **Hipótesis Nula (H_0):** No existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos presentes en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.
- **Hipótesis Alternativa (H_1):** Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos presentes en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

En la tabla 9, se puede observar que aplicándose la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes valor estadístico 333.00, se encontró un nivel de significancia de $p = .000 < .05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y por consecuencia se acepta la hipótesis alternativa, es decir que existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos presentes en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. Asimismo, se complementó la información midiendo la magnitud del efecto (ME) obteniéndose un coeficiente de correlación biserial, $r_{bis}=.63$. (Domínguez, 2018).

Tabla 9

Prueba U de Mann-Whitney para la variable esquemas

	U de Mann- Whitney	Con Depresión Rango promedio (N=51)	Sin Depresión Rango promedio (N=49)	p	Z
Esquemas Disfuncionales Tempranos	333.00	68.47	31.80	.000	-6.32

La prueba de hipótesis específicas se desarrolla como sigue:

- **Hipótesis Nula (H_0):** No existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión desconexión y rechazo en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.
- **Hipótesis Alternativa (H_1):** Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión desconexión y rechazo en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

En la tabla 10, se puede observar que aplicándose la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, se encontraron valores $p = .000 < .05$ y, $p = .001 < .05$, menores al nivel de significancia por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y por consecuencia se acepta la hipótesis alternativa, es decir que existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos abandono, desconfianza y abuso, privación emocional, imperfección y exclusión social que componen la dimensión desconexión y rechazo, en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. El valor $Z = -5.341$ de esta dimensión, se usó para obtener el coeficiente de correlación biserial, $r_{bis} = .53$, indicando una magnitud del efecto grande Domínguez (2018).

Tabla 10

Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Desconexión y Rechazo

Dimensión y Esquemas	U de Mann-Whitney	Con Depresión Rango promedio (N=51)	Sin Depresión Rango promedio (N=49)	p
Desconexión y rechazo	475.00	65.69	34.69	.000
Abandono	681.00	61.65	38.90	.000

Desconfianza y abuso	606.50	63.11	37.38	.000
Privación emocional	774.00	59.82	40.80	.001
Imperfección	629.00	62.67	37.84	.000
Aislamiento o Exclusión social	728.50	60.72	39.87	.000

- **Hipótesis Nula (H_0):** No existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.
- **Hipótesis Alternativa (H_2):** Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

En la tabla 11, se puede observar que aplicándose la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, se halló un valor p menor al nivel de significancia, $p=.000 < .05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y en consecuencia se acepta la hipótesis alternativa, es decir que existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos dependencia, vulnerabilidad, enmarañamiento y fracaso que componen la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño, en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. En esta dimensión se encontró un valor $Z= -6.049$, con lo que se ha logrado obtener una ME grande, $r_{bis} = .60$ (Domínguez, 2018).

Tabla 11

Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Perjuicio en Autonomía y Desempeño

Dimensión y Esquema	U de Mann-Whitney	Con Depresión Rango promedio (N=51)	Sin Depresión Rango promedio (N=49)	<i>p</i>
Perjuicio en autonomía y desempeño	372.50	67.70	32.60	.000
Dependencia o incompetencia	596.50	63.30	37.17	.000
Vulnerabilidad	588.00	63.47	37.00	.000
Enmarañamiento	586.00	63.51	36.96	.000
Fracaso	597.50	63.28	37.19	.000

- **Hipótesis Nula (H_0):** No existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.
- **Hipótesis Alternativa (H_3):** Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

En la tabla 12, se puede observar que aplicándose la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, se encontraron valores *p* inferiores al niveles de significancia, $p=.000 < .05$, y $p= .008 < .05$, por lo tanto, se rechaza

la hipótesis nula y por consecuencia se acepta la hipótesis alterna, es decir que existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación que componen la dimensión dirigido por las necesidades de los demás, en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. Con un valor $Z = -4.876$, siguiendo a Domínguez (2018) se ha obtenido el coeficiente de correlación biserial, $r_{bis} = .49$, lo que indica una ME grande.

Tabla 12

Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Dirigido por las Necesidades de los Demás

Dimensión y Esquemas	U de Mann-Whitney	Con Depresión Rango promedio (N=51)	Sin Depresión Rango promedio (N=49)	<i>p</i>
Dirigido por las necesidades de los demás	542.50	64.36	36.07	.000
Subyugación	337.00	68.39	31.88	.000
Autosacrificio	866.00	58.02	42.67	.008
Búsqueda de aprobación	733.00	60.63	39.96	.000

- **Hipótesis Nula (H_0):** No existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión sobrevigilancia e inhibición en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.
- **Hipótesis Alterna (H_4):** Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión sobrevigilancia e inhibición en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

En la tabla 13, se puede observar que aplicándose la prueba U de Mann Whitney para muestras independientes, se hallaron valores p por debajo del nivel de significanci, $p=.000 <.05$, y $p=.006 <.05$. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y por consecuencia se acepta la hipótesis alterna, es decir que existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos negatividad, inhibición emocional y normas inalcanzables que componen la dimensión sobrevigilancia e inhibición, en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre las muestras en la magnitud del esquema castigo; por tanto, no se puede rechazar la hipótesis nula en este esquema, $p=.057 > .05$. Con un valor $Z= -5.139$, se ha evaluado la medida de la significancia de esta diferencia, obteniéndose un $r_{bis}= .51$ (Domínguez, 2018).

Tabla 13

Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Sobrevigilancia e Inhibición

Dimensión y Esquema	U de Mann-Whitney	Con Depresión Rango promedio (N=51)	Sin Depresión Rango promedio (N=49)	p
Sobrevigilancia e inhibición	504.50	65.11	35.30	.000
Negatividad o Pesimismo	525.50	64.70	35.72	.000
Inhibición emocional	568.50	63.85	36.60	.000
Normas inalcanzables	851.00	58.31	42.37	.006
Condena o castigo	974.00	55.90	44.88	.057

5. Dimensión límites inadecuados en personas

- **Hipótesis Nula (H_0):** No existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión límites inadecuados en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.
- **Hipótesis Alternativa (H_5):** Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión límites inadecuados en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

En la tabla 14 se puede observar que aplicándose la prueba U de Mann Whitney para muestras independientes, se encontró un nivel de significancia de $p=.000 < .05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y por consecuencia se acepta la hipótesis alterna, es decir que existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos grandiosidad e insuficiente autocontrol que componen la dimensión límites inadecuados en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. Con un valor $Z= -6.210$, se ha obtenido un coeficiente de correlación biserial, $r_{bis}= .62$, lo que indica una ME grande (Domínguez, 2018).

Tabla 14

Prueba de Muestras Independientes para los EDT de la Dimensión Límites Inadecuados

Dimensión y Esquema	U de Mann-Whitney	Con Depresión Rango promedio (N=51)	Sin Depresión Rango promedio (N=49)	<i>p</i>
Límites inadecuados	349.50	68.15	32.13	.000
Grandiosidad	458.00	66.02	34.35	.000
Insuficiente autocontrol/ autodisciplina	403.00	67.10	33.22	.000

4.3. Análisis, Interpretación y Discusión de Resultados

Los inventarios utilizados en la presente investigación son confiables y válidos. El Inventario de depresión de Beck-II (IDB-II) presenta un alfa de Cronbach de .93 y el coeficiente de validez de contenido evaluado a través del criterio de jueces, indica valores entre 0.90 y 1.00. Por otro lado el Cuestionario de esquemas de Young en la versión breve (YSQ-S3) evidencia un coeficiente alfa de .98, la validez de contenido indica valores entre 0.66 y 0.97, obteniéndose así que el 100% de los ítems son válidos tanto para el IDB-II como para el YSQ-S3, ambos sirvieron como instrumento de evaluación para la contrastación de hipótesis.

Evaluando los resultados, como primera impresión se observa que ambas muestras de estudio, comparten la presencia de todos los esquemas, sin embargo, las medias son más altas en la muestra con depresión, como se señala en la tabla 8. Del mismo modo, evaluando el tercio de los puntajes promedio más altos (los seis primeros) en ambos grupos se comparten cuatro esquemas, grandiosidad, abandono, búsqueda de aprobación y privación emocional, estos esquemas llevan a los sujetos a interpretar la realidad de manera particular; pues de acuerdo con Beck, 1967 en Riso & McBride (2007), los pensamientos distorsionados son generados por los esquemas (EDT), responsables de evaluar la información que recibe el sujeto. Analizando los EDT más afectados que describen en particular al grupo con depresión, indican una sensación de vacío, pues perciben que no podrán alcanzar de persona alguna el afecto y comprensión que necesitan (privación emocional), y que finalmente terminarán solos (abandono); asimismo presentan dificultades en expresar emociones por vergüenza (inhibición emocional) debido a la gran importancia que dan a las evaluaciones de los otros, su valía personal depende del reconocimiento de los demás (búsqueda de aprobación). Se muestran egocéntricos, díscolos y con ideas de superioridad (grandiosidad) con quienes

se vinculan y al guiar su vida en función del placer y gratificación inmediata (insuficiente autocontrol), suelen frustrarse y abandonar objetivos al no poder manejar las situaciones sin esforzarse.

De otro lado, el grupo sin depresión, se plantea estándares muy altos en su vida difíciles de lograr (normas inalcanzables) y de no cumplirlos se sancionan con críticas en suma dañinas (castigo), tienden a regirse por las evaluaciones que los otros hacen respecto a su persona (búsqueda de aprobación), se comportan de manera egocéntrica, sin necesidad de seguir las normas de convivencia general al sentirse superiores de aquellos con quienes se relacionan (grandiosidad), asimismo presentan la sensación profunda de quedarse solos sin importar lo que hagan (abandono) y sin la comprensión y apoyo emocional de las personas significativas en su vida (privación emocional).

Siguiendo con el análisis, de acuerdo a los resultados, se obtiene que la hipótesis general es válida, pues se evidencia que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos presentes en personas, con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental, además se ha evaluado la medida de la significancia de esta diferencia observándose que la magnitud del efecto es grande $ME = .63$ (Domínguez, 2018). Estos resultados son similares a los obtenidos por los estudios de Basile, et al., (2018); Ribeiro, et al. (2014) y Cormier, et al. (2011); quienes en muestras de poblaciones generales, encontraron que los puntajes en diversos esquemas eran más altos conforme la depresión era más severa. En la misma línea de análisis, lo disfuncional de los esquemas se ha evidenciado en otras muestras como en mujeres maltratadas, en las que los EDT presentan una correlación significativa con puntuaciones más altas de violencia a diferencia de aquellas que tuvieron niveles bajos de violencia (Falahatdoost, et al., 2013). En resumen, se ha observado que los esquemas se presentan con mayor magnitud en personas con alteraciones psicológicas a diferencia de la población regular; pero la presente investigación demuestra una diferenciación específica al evaluar la magnitud de los esquemas dentro de muestras clínicas, un grupo sin depresión y otro con depresión, pues los esquemas disfuncionales tempranos “se hacen extremos y exagerados en las

poblaciones clínicas” (Young, et al., 2013, p.61). Como se ha indicado, ambas muestras presentan todos los esquemas; sin embargo en la muestra de personas con depresión los EDT se encuentran en mayor magnitud, ello se debe a que se encuentran más críticos y rígidos como señalan Young, et al. (2013). Incluso otro tipo de estudios como los de Renner, et al. (2011), encontraron que los esquemas están relacionados con la gravedad de los síntomas depresivos, es decir que cuanto mayor es la gravedad de la depresión más se relaciona con los EDT.

Otra de las explicaciones acerca de la diferencia de las magnitudes de los esquemas en las muestras de las personas con depresión y sin depresión, es la comorbilidad que podría existir en las personas con depresión. Es decir, se ha incluido para el grupo con depresión a personas que además presenten otros tipos de problemas psicológicos. Estos resultados coinciden con las estimaciones sanitarias de la Organización Panamericana de la Salud en 2017 y el estudio de Aragonés, et al. (2009), en donde se observa que en los casos de comorbilidad, la depresión mayor es más severa y deteriora la vida funcional de las personas.

La diferencia significativa entre ambas muestras clínicas indica síntomas más complejos y con mayor perjuicio en la funcionalidad de la vida de las personas con depresión, los esquemas favorecen la aparición de pensamientos distorsionados acerca de sí mismo, el mundo y el futuro como indica Beck (1983), con ello se va perdiendo el control voluntario y objetivo de la interpretación de los hechos, aflorando cada uno de los síntomas de depresión como desesperanza, anhedonia, apatía entre otros referidos anteriormente.

A continuación se procederá a analizar cada una de las hipótesis específicas sobre la base de los síntomas de depresión aportados por Organización Mundial de la Salud (1992), la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) y a la teoría de esquemas brindada por Young et al. (2013):

El análisis de la **hipótesis específica H₁**, indica que sí existen diferencias significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión desconexión y rechazo en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental; además la diferencia en la

medida de ambas muestras es grande según la ME con un $r_{bis}=.53$. Se pueden interpretar estos resultados en función a cómo el individuo genera vínculos dañinos, asumiendo que, ni ahora ni en el futuro habrá en el mundo la posibilidad de establecer vínculos de amor, seguridad, empatía y protección. El grupo con depresión tuvo mayor dificultad para cubrir la necesidad de apego seguro y estable, ello se evidencia en medias más altas a diferencia de los participantes sin depresión; investigaciones como la de Salirrosas-Alegría y Saavedra-Castillo (2014), han aportado la asociación inversa con algún episodio depresivo durante la vida y la vivencia de calidez, aceptación, respeto, apoyo y consuelo de los padres.

La necesidad de afecto seguro y estable es la base para que el individuo genere vínculos afectivos funcionales o disfuncionales en la vida adulta, según como esta se haya satisfecho; cada uno de los esquemas de la dimensión Desconexión y rechazo en el grupo con depresión se encuentran más comprometidos, es así que en el esquema de **Abandono**, el individuo desarrolló por sus vivencias, la creencia central de que está solo y así seguirá en el futuro, lo que le lleva a ser hipersensible ante la separación de una persona significativa; de ahí que síntomas como el humor depresivo los caractericen, (Lucadame, et al., 2017). Respecto a la **Privación emocional**, estas personas tuvieron en la primera infancia figuras de apego frías y distantes, en la actualidad presentan la creencia que el apoyo emocional, brindado a través de guía, comprensión y cuidado, no podrá ser cubierto como lo esperan, ello genera insatisfacción que le lleva al enfado y dolor. En cuanto al esquema **Desconfianza y abuso**, la persona ha vivido a temprana edad una serie de vejaciones en la familia o a través de otras figuras significativas; por tanto se gestó la creencia fija de que no hay persona en quien confiar en el mundo, se encuentra bajo sospecha de que los otros tarde o temprano le harán daño, lo traicionarán, humillarán o mentirán; con esta concepción del mundo es de comprender que la capacidad de disfrute se vea mellada. Respecto a la **Exclusión social**, de acuerdo con Lucadame, et al. (2017) este esquema presenta un papel mediacional entre los estilos de crianza y el desarrollo posterior de depresión; ello puede ser debido a que el individuo percibe que no forma parte ni formará parte de algún grupo social, ya que aprendió a

concebirse diferente e inadecuado; en su infancia alguna característica propia o de su familia fue focalizada por los demás quienes hicieron énfasis para descalificarlo como parte del grupo, en seres sociales como el humano, esta creencia firme podría vincularse a la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad; síntomas que también están presentes en la **Imperfección**, pues existe la creencia de que en su esencia el sujeto es defectuoso, inferior, sin valor y por ende no merece ser amado; desde pequeño ambos padres o uno de ellos, se comportaron de manera crítica y peyorativa con el menor por mostrarse de manera auténtica, le hicieron sentir que no era aceptado, incluso que no fue esperado ni apreciado; muy vinculado por ello a la valía de la propia existencia afectada en la depresión.

La **hipótesis H₂** es válida, debido a que existen diferencias significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. Resulta relevante indicar que el coeficiente de correlación biserial es .60, lo que indica que esta diferencia entre las muestras es grande.

El grupo con depresión presentó mayor deficiencia en satisfacer su necesidad de autonomía y desempeño, con problemas en desarrollar una identidad propia, se vulneró la confianza en sí mismo para realizar diversas actividades; en la adultez se perciben como incompetentes, con dificultad para fijarse metas y desarrollar las destrezas necesarias para funcionar independientemente en el mundo. Renner et al. (2011) y Estévez y Calvete (2009), encontraron que el dominio de autonomía y desempeño se asocia positivamente con los niveles de depresión.

Así mismo, los resultados reflejan que los esquemas que componen esta dimensión al presentarse con mayor magnitud en la muestra con depresión, contribuyen a comprender los síntomas de depresión, en el EDT **Dependencia**, el sujeto solicita apoyo constante a personas cercanas a él para realizar actividades en las que se requiera tomar decisiones importantes y darle solución a los problemas, la gravedad de la depresión hará que la necesidad de guía sea mayor incluso ante responsabilidades cotidianas (Cormier, et al.,

2011). En lo que se refiere al esquema de **Vulnerabilidad**, los participantes se perciben incapaces de prevenir o manejar situaciones amenazantes en cuanto a salud, seguridad, entre otros temas de riesgo que temen inminentes; esto favorece que la persona con depresión presente como síntomas la desesperanza y falta de energía, por el temor y una visión catastrófica del mundo y del futuro y concebirse a sí mismo como incapaz de afrontar estas situaciones, a diferencia del grupo sin depresión, quienes presentan también este y los otros esquemas pero en menor magnitud. Respecto al **Enmarañamiento**, en la historia de vida hubo un vínculo afectivo distorsionado con alguno o ambos padres, también podría ser con la pareja actual, se presenta una sensación de vacío por una identidad propia endeble, en concordancia con ello vive su vida a través de la persona con quien está enmarañado, aprendió a suprimir sus aspiraciones, metas y preferencias confundiéndolas con las del otro. Finalmente, el presente estudio muestra que en el EDT **Fracaso** la persona no aprendió a valorar su esfuerzo en diversas áreas en las que se desempeñaba, por tanto se percibe a sí mismo como incompetente y con tendencia a fracasar en su desempeño futuro (Young, et al., 2013).

Con la concepción de la vida guiada por los esquemas de esta dimensión, es de comprender que la persona con depresión tienda a presentar sentimientos de inferioridad, una autoconfianza deteriorada, así como dificultades para hacer obrar la voluntad, propios de un humor depresivo.

Se comprobó que la **hipótesis H₃**, es válida, pues existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión dirigido por las necesidades de los demás en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. Asimismo un $r_{bis} = .49$, indica que la medida de la significancia de esta diferencia es grande.

Los resultados del contraste de esta hipótesis evidencian que las personas con depresión se diferencian de aquellas que no la presentan, por la mayor dificultad para expresar e incluso reconocer sus propias necesidades, pensamientos y sentimientos, ya que tempranamente aprendieron que para

obtener la aceptación, mantener el afecto y evitar represalias de los otros, debían dirigir su conducta en función a las respuestas de los demás priorizándolas en detrimento de las propias y es así como se desenvuelven en la edad adulta.

Es importante precisar la discriminación entre ambas muestras clínicas, dato que se resalta al hacer presente esta diferencia significativa, ya que investigaciones en muestras de población general, las personas con sintomatología depresiva más severa puntuaban más alto en los esquemas que el grupo sin síntomas depresivos (Cormier, et al., 2011; Ribeiro, et al., 2014); incluso dentro de la población exclusivamente femenina, la dimensión Dirigido por las necesidades de los demás, se encuentra dentro de las que más se asocian con la depresión (Estévez y Calvete, 2009).

Específicamente en los esquemas que componen esta dimensión, **Búsqueda de aprobación** ha sido el que mayor puntaje promedio ha alcanzado en ambas muestras, respecto a las personas con depresión, como característica de este esquema presentan dificultades para haber desarrollado una personalidad auténtica, por el esfuerzo desmedido en buscar el reconocimiento de los demás. Estos esfuerzos tal vez a corto plazo podrían aparentar ser benéficos, sin embargo, resultan infructuosos agotando los esfuerzos de la persona. En el esquema **Autosacrificio**, con la finalidad que el otro no sufra, se ha desarrollado una alta sensibilidad ante el padecimiento ajeno, logrando con ello mantener el vínculo afectivo; pero a pesar del aparente sacrificio se espera una retribución que al no hacerse patente genera resentimiento hacia el otro; sensaciones que se presentan con mayor diferencia en el grupo con depresión. Finalmente, en el esquema de **Subyugación**, el participante con depresión presenta síntomas como sentimientos de inferioridad, culpa y anhedonia, debido a la creencia firme que para los demás son insignificantes los propios deseos, preferencias, emociones o juicios, se teme que al expresarlos los demás se molesten con el sujeto y lo abandonen, por ello tiende a ceder ante los demás, como consecuencia desarrolla cólera al sentirse atrapado, mellado en su libertad para expresarse auténticamente. (Young et al., 2013).

Las personas con depresión de la muestra de estudio, al presentar mayor daño en la expresión de emociones y necesidades válidas que los participantes sin

depresión; muestran más dificultad en disfrutar de la vida, sentimientos de inferioridad, desesperanza y sensación de vacío que les hacen perder vitalidad; por tanto será de gran relevancia trabajar en casos de depresión la exploración y la autovaloración de sus propias ideas y afectos de manera que las relaciones interpersonales y el disfrute de la vida le lleve a asumir las consecuencias de sus actos con un propósito valioso, tener una visión de sí mismo y del mundo que sea enriquecedor para su persona, así la mirada del futuro también se modificará.

Se confirmó la validez de la **hipótesis H₄**, Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión sobrevigilancia e inhibición en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental. Esta diferencia entre las muestras es de gran magnitud de acuerdo al coeficiente de correlación biserial encontrado $r_{bis} = .51$.

Aunque los pacientes sin depresión también presentan involucrado este dominio al igual que las otras dimensiones, no se encuentra con la misma magnitud que las personas con depresión. Analizando los esquemas, los participantes con depresión tuvieron mayor dificultad para satisfacer las necesidades de jugar, divertirse, gozar de la felicidad, ser desinhibidos y desenvolverse con espontaneidad, lo propio de un infante; aprendieron de un entorno desesperanzador, triste o muy rígido, un excesivo e inadecuado autocontrol y autonegación, pudieron por ello concebirse a sí mismos, al mundo y al futuro de manera muy severa y desoladora. En la vida adulta, viven conforme a esta concepción, de acuerdo al esquema de **Inhibición emocional**, uno de los esquemas de mayor predominio en el grupo con depresión, indica como característica la tendencia a racionalizar y ocultar las emociones, la persona se cohibe de expresar ideas espontáneas y acciones, por temor a ser desaprobado por los demás, perder el autocontrol de los impulsos y por vergüenza. Otro de los esquemas comprendidos en la base del humor depresivo es **Negatividad o Pesimismo**, en el que se tiende a focalizar en las experiencias negativas desestimando las positivas, la persona anticipa con preocupación cualquier consecuencia como adversa lo que le lleva a tener una perspectiva sombría del futuro, abulia y apatía. Las **Normas inalcanzables** se

expresan en diversos aspectos de la vida adulta como reglas inflexibles y rigurosas, las que perciben como imposibles de alcanzar; una de las experiencias tempranas involucra la expectativa rígida de los padres respecto a los logros del niño, así por ejemplo, Sierra y Pérez (2014) observaron que este esquema media entre prácticas de crianza basadas en el castigo y los problemas de comportamiento de niños; asimismo, Salirrosas-Alegría y Saavedra-Castillo (2014) encontraron en su estudio que este estilo de crianza junto con conductas punitivas (**Castigo**) además de otros estilos de control y rechazo percibidos por el paciente, se asociaban con el intento suicida en el episodio depresivo y la comorbilidad psiquiátrica en la edad adulta, esto último apoya el análisis de los resultados del grupo sin depresión del presente estudio debido a que el esquema normas inalcanzables, es el de mayor puntaje promedio. Respecto al esquema de **Condena o Castigo**, al realizar una evaluación por esquema, sólo en este caso, los resultados muestran que no se puede validar que haya diferencia estadísticamente significativa en las personas con depresión y sin depresión, es decir, que las personas de ambos grupos presentan afectado este EDT, conciben que deben ser severamente sancionadas y castigadas por cometer errores o no cumplir con sus expectativas, les cuesta empatizar con los sentimientos ajenos, por ello, no logran comprender que pueden existir circunstancias fuera del alcance humano y no existe la perfección humana; su rigidez punitiva le lleva a tornarse impaciente, colérico, especialmente intolerante, con gran dificultad para perdonar a los demás y a sí mismo. Será importante realizar un posterior estudio para evaluar de manera más exhaustiva qué factores están comprometidos y qué caracteriza al esquema castigo en muestras clínicas.

La última **hipótesis H₅** es válida, se muestra que sí existen diferencias estadísticamente significativas y que esta diferencia es grande ($r_{bis} = .62$) respecto a la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión límites inadecuados en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental.

De acuerdo a la validez de esta hipótesis se sostiene que las personas afectadas en esta dimensión, han presentado dificultades en aprender

autocontrol, autodisciplina, así como respetar las normas y los derechos ajenos. A continuación se presenta el análisis de resultados alcanzados en los esquemas de esta dimensión.

El EDT, **Insuficiente Autocontrol/ Autodisciplina** se encuentra entre los cinco promedios más altos en la muestra con depresión del presente estudio; de acuerdo a los resultados las personas con depresión presentan mayor dificultad para manejar sus impulsos, emociones y frustraciones, debido a que se dirigen por el placer y gratificación inmediatos, suelen frustrarse y desistir de perseguir metas a largo plazo, perdiendo interés en esforzarse pues no pueden manejarlas rápida y fácilmente; en esta misma línea, el esquema insuficiente autodisciplina también se presentó en los hallazgos obtenidos por Lucadame, et al., (2017) quienes observaron el papel mediador de este esquema respecto a estilos de crianza percibidos y la presencia de depresión. Por otro lado, se evidencia que el esquema **Grandiosidad** es el que mayor valor promedio ha alcanzado en el grupo con depresión, una primera explicación de este resultado se hace en base al segundo EDT de mayor magnitud en este grupo, el esquema Abandono, formado por la carencia de un afecto seguro y estable, así, la persona creció en un entorno desprovisto de comprensión, afecto y permanencia del objeto de apego; la ausencia o inestabilidad de uno o ambos padres dificultó el aprendizaje de normas de convivencia y pautas de reciprocidad para con el prójimo, de este modo, ante la pobre satisfacción de la necesidad de apego, sin una guía adecuada la persona aprendió a ser controladora y egoísta con pautas de convivencia que sólo involucran sus propios intereses; luego, al encontrarse con una realidad que la desestabilice por contradecir su concepción formada a partir del esquema grandiosidad, en la que no puede imponerse ante los demás y donde hay personas que son superiores en distintos áreas de desenvolvimiento, se propicia una pérdida de interés, sensación de vacío y visión sombría del futuro, síntomas de la depresión.

Otra posible explicación del resultado alcanzado en el esquema grandiosidad, es que el individuo ha aprendido actuar de manera prepotente para evitar y aliviar las consecuencias del esquema original, podría ser que la persona haga uso de este esquema como estilo de afronte para sobrecompensar el dolor y

malestar que ocasiona algún otro esquema, por ejemplo abandono o privación emocional. Es importante detenerse en señalar que Young et al. (2013) hablan de esquemas incondicionales o primarios refiriéndose a aquellos que se han desarrollado tempranamente, en cambio los esquemas que se desarrollan de manera más tardía en la vida de las personas son los llamados secundarios o condicionales; estos últimos son usados por los individuos para aliviar el resultado negativo de experimentar los esquemas incondicionales. Por tanto, aunque solo temporalmente se aliviaría el malestar que genera el esquema primario o incondicional, este esquema secundario se usaría como un afronte regular ante el botón emocional de un esquema. Los hallazgos de Gantiva et al. (2009) muestran, también, comprometido este esquema, en el que estudiantes universitarios que padecieron maltrato físico en su niñez generaron esquema de grandiosidad.

Sea como esquema puro o como condicional, las interpretaciones referidas solo serán corroboradas con futuras investigaciones, se abren así posibilidades por ejemplo, para poder dar luces acerca de la violencia presente en la sociedad, en donde la tolerancia a la frustración y el respeto a los derechos de los otros se han visto afectados, cabría investigar si algunos tipos de violencia podrían tener relación con síntomas de depresión subyacentes.

La base de formación de esquemas demuestra cuán importante es la relación con los padres, se ha observado que ambientes familiares adversos propician el desarrollo de depresión en la edad adulta (Durbin, et al., 2000), incluso hay estudios que evidencian cómo la agresión física, verbal y conductas sancionadoras, se relacionan con la aparición de ideas e intento suicida en la edad adulta; por el contrario brindar comprensión, aceptación y respeto por las necesidades del niño y consuelo ante reveses, presenta relación inversa con el desarrollo de la depresión (Salirrosas-Alegría y Saavedra-Castillo, 2014). Ello muestra cómo un entorno familiar temprano es vital para prevenir alteraciones psíquicas, es importante fortalecer la familia y los valores que de ella emanen para fortalecer a la sociedad y las naciones, quienes a su vez podrán brindar mayor valía y protección al núcleo de la sociedad.

Teniendo en cuenta las limitaciones de esta investigación al ser un estudio descriptivo comparativo no indica la relación entre las variables, tampoco demuestra la causalidad de la depresión; ni efectos de una intervención bajo este enfoque; sin embargo, cumple con su objetivo al evidenciar la diferencia característica de la magnitud de esquemas en personas con depresión en contraste con los participantes sin depresión.

CONCLUSIONES

En las siguientes líneas se indican las conclusiones alcanzadas luego de la contrastación de hipótesis, en función a los objetivos planteados en la presente investigación:

- Existen grandes diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos presentes en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental; debido a que los participantes con depresión presentan mayor predominio de esquemas como abandono, privación emocional, grandiosidad, entre otros que dirigen sus vidas, interpretando los hechos a través de distorsiones cognitivas que facilitan el desarrollo de depresión, y a su vez estos esquemas se mantienen activados debido a la sintomatología depresiva.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión desconexión y rechazo en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental; lo que indica que las personas con depresión presentan mayor dificultad para formar apego seguro, en el que se sientan aceptados, comprendidos y correspondidos en sus afectos.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental; debido a que las personas con depresión presentan mayor afección en su autoconfianza, en plantearse objetivos y lograrlos así como funcionar independientemente, a diferencia de los pacientes sin depresión.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión

dirigido por las necesidades de los demás en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental; pues se observa que con mayor tendencia, las personas con depresión guían su conducta en función a las respuestas de los demás para evitar conflictos, obtener su aceptación y afecto, agravando el deterioro en sus vidas.

- Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión sobrevigilancia e inhibición en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental, a excepción del esquema castigo, puesto que los participantes con depresión muestran mayor rigidez en el autocontrol, se centran más en los sucesos negativos y tristes, se dedican a satisfacer reglas difíciles de cumplir en base a estándares muy altos autoimpuestos.
- No se valida la diferencia en la magnitud del esquema condena o castigo, pues tanto los participantes con depresión como los pacientes sin depresión, presentan la percepción de sancionar severamente al otro o a sí mismo, ante errores o por no cumplir con ciertas expectativas.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en la magnitud de los esquemas disfuncionales tempranos que componen la dimensión límites inadecuados en personas con y sin depresión atendidas en un hospital de salud mental, dado que los participantes con depresión evidencian mayores dificultades en la autodisciplina y reciprocidad, mostrándose egoístas e impulsivos.
- Se ha evaluado la magnitud del efecto a través del coeficiente de correlación biserial, obteniendo que la medida de la significancia de las diferencias entre las muestras con y sin depresión en todas las dimensiones de esquemas es grande.

- Se han descrito los esquemas como base de los síntomas depresivos, es importante recalcar que Los EDT no suplen los diagnósticos, sino que contribuyen a visualizar un grupo diverso de síntomas y malestares del paciente bajo la óptica del patrón que dirige sus vidas.

RECOMENDACIONES

- Realizar una investigación sobre esquemas discriminando diagnósticos establecidos a fin de diferenciar los grupos de investigación,
- Estudiar qué factores están comprometidos y qué caracteriza al esquema castigo en la población clínica.
- De acuerdo a las características socioculturales, estudiar qué esquemas se presentan como primarios y cuáles como estilos de afronte. Asimismo, evaluar qué caracteriza al esquema de grandiosidad en las personas con depresión y otros diagnósticos.
- Investigar la influencia de los estilos de crianza y experiencias tempranas en el desarrollo de la depresión, de acuerdo al contexto sociocultural.
- Otras posibilidades de investigación que emanan en función de los resultados de la presente investigación, son estudios relacionales entre esquemas y depresión, planes de tratamiento individual y grupal enfocados en esquemas, programas de salud mental familiar, por mencionar algunos.
- Contrastar la eficacia de terapia de esquemas en comparación con otros modelos como la terapia de aceptación y compromiso.
- Se propone a largo plazo ir fortaleciendo a la familia en la sociedad y favorecer estilos de crianza adecuados; mientras que a corto y mediano plazo los planes de psicoterapia han de dirigirse a trabajar los esquemas incidiendo en la característica particular de cada sujeto.
- De otro lado, los programas en salud mental han de trabajar el protagonismo de los sujetos en cuanto sus vidas, la teoría de esquemas ha sido diseñada para favorecer el adecuado manejo y superación de esquemas disfuncionales y el desarrollo de esquemas funcionales, pues las personas no son de manera alguna, víctimas de su pasado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aragonés, E., Lluís Piñol, J., y Labad A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 41(10) 545-551. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656709001905>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSMV. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista De Investigación En Psicología*, 22(1), 39-52. doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580
- Basile, B., Tenore, K., & Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *Psychol Clin Psychiatry*, 9(2), 214–221. doi: 10.15406/jpcpy.2018.09.00524
- Beck, A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición. Manual. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1997). *Vínculos afectivos, formación y desarrollo y pérdida*. Barcelona, España: Paidós.
- Brenlla, M. E., y Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. T. Beck, R. A. Steer y G. K. Brown (Ed.), BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición. Manual. Buenos Aires: Paidós.
- Caro, I. (1991). Tratamiento cognitivo/conductual de la depresión: El Modelo de Beck. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 345-361). Madrid, España: Siglo Veintiuno Editores.
- Carrobbles, J. (2011). Trastornos depresivos. En V. Caballo, I. Caro y J. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 311-334). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Catalán, R. (2006). Depresión: Factores Psicosociales. En G. L. Oblitas. (Ed.), *Psicología de la salud y enfermedades crónicas* (pp.227- 237). Bogotá, Colombia: Psicom Editores.

- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2011). L'influence entre les schémas précoces inadaptés et la dépression. *L'encéphale*, 37(4), 293-298. doi: 10.1016/j.encep.2011.01.001
- Domínguez, S. (2018). Magnitud del efecto: una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251 - 254. doi: 10.1016/j.edumed.2017.07.002
- Durbin, C.E., Klein, D.N., & Schwartz, J.E. (2000). Predicting the 2 ½ year outcome of dysthymia disorder: The roles of childhood adversity and family history of psychopathology. *Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 57-63. doi: 10.1037//0022-006X.68.1.57
- Estévez, A., y Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de psicología*, 25(1), 27-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16711594003.pdf>
- Falahatdoost, M., Dolatshahi, B., Mohammadkhani, P., & Nouri, M. (2013). Identifying the Role of Early Maladaptive Schemas in Variety of Domestic Violence against Women with the Experience of Violence. *Journal of Practice in Clinical Psychology* 1(4), 219-225. Recuperado de <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-127-en.pdf>
- Feixas, G., y Botella, L. (2004). Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la epistemología constructivista. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo (Eds.) *La integración en psicoterapia-Manual práctico* (pp. 33-68). Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Gantiva, D., Bello, J., Vanegas E., y Sastoque, Y. (2009). Historia de maltrato físico en la infancia y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 127-134. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79815640012>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF., México: McGraw- Hill.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, AE., Johnson, JG., Smailes, E., & Brook, JS. (2001). Childhood Depression and Adult Personality Disorder: Alternative Pathways of Continuity. *Arco Gen Psiquiatría*, 58(3), 231-236. doi: 10.1001 / archpsyc.58.3.231
- La República. (21 de abril, 2015). *Cerca de un millón 700 mil peruanos sufren de depression. Instituto de Salud Mental señala que es la primera enfermedad mental en el país. Solo en Lima existen unas 350 000 personas con este mal.* [Comunicado de Prensa]. Recuperado de <http://larepublica.pe/21-04-2015/cerca-de-1-700-000-peruanos-sufren-de-depresion> [Accedido el 08 de abril, 2017]
- Lucadame, R., Cordero, S. y Daguerre, L. (2017). El papel mediador de los esquemas desadaptativos tempranos entre los estilos parentales y los síntomas de depresión. *Psicología Conductual*, 25(2), 275-295.

Recuperado de
https://www.researchgate.net/publication/320432714_El_papel_mediator_de_los_esquemas_desadaptativos_tempranos_entre_los_estilos_parentales_y_los_sintomas_de_depresion

Merino, C., y Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice de validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de psicología* 25(1) 169-171 Recuperado de http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/19-25_1.pdf.

Ministerio de Salud del Perú. (05 de junio, 2014). *Los trastornos mentales representan más de 32 años de vida saludables perdidos por discapacidad y muerte prematura por cada mil habitantes en el Perú*. [Comunicado de prensa]. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/022.html> [Accedido el 05 Abril, 2017].

Organización Mundial de la Salud. (10 de octubre, 2018). *Día mundial de la salud mental 2018. Los jóvenes y la salud mental en un mundo en transformación* [Comunicado de prensa]. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/ [Accedido el 10 de octubre 2018].

Organización Mundial de la Salud. (04 de abril, 2017). *"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad* [Comunicado de prensa]. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es [Accedido el 20 de Ag. 2017].

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, España: Técnicas Gráficas Forma. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.

Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2011). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581–590. Recuperado de [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(11\)00676-8/pdf](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(11)00676-8/pdf)

- Ribeiro, F., dos Santos, P., Cazassa, M., y da Silva Oliveira, M. (2014). Esquemas desadaptativos tempranos y síntomas depresivos: Estudio de comparación intergrupar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(1), 15-22. Recuperado de www.clinicapsicologica.org.ar/download_file.php?id=236&hax=408XBM P156
- Riso, R., & McBride, C. (2007). Introduction: A Return to a Focus on Cognitive Schemas. En L. Riso, P. du Toit, D. Stein, & J. Young. (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 3-9). Washington, DC, United States of America: American Psychological Association.
- Salirrosas-Alegría, C., y Saavedra-Castillo, J. (2014). Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. *Rev Neuropsiquiatr* 77(3), 160-167. Recuperado de www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a04v77n3.pdf
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2006). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima, Perú: Visión Universitaria.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. Recuperado de [http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2003-BDI-II%20Poblacion%20General%20\(Clinica%20y%20Salud\).pdf](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2003-BDI-II%20Poblacion%20General%20(Clinica%20y%20Salud).pdf)
- Sierra, A., y Pérez, M. (2014). El papel de los esquemas cognitivos y estilos de parentales en la relación entre prácticas de crianza y problemas de comportamiento infantil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 389-402. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n3/v32n3a03.pdf>
- Van Nuys, D. (s.f.) Wise counsel interview transcript: an interview with Jeffrey Young Ph.D. on schema therapy. [Audio en podcast]. Recuperado de https://www.gulfbend.org/poc/view_doc.php?type=doc&id=13055&cn=91
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2013). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Young, J. E. (2005). Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2001). *Reinventar tu vida: Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de Nuevo*. Barcelona, España: Paidós
- Young, J. E., Schmidt, N., Joiner, Th., & Telch, M. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3) 295-321.

ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, certifico que he sido informado (a) con claridad respecto al tema de investigación, en el que se me ha invitado a participar brindando información personal sobre mi estado de ánimo.

Tengo conocimiento pleno que todos los datos que aporte serán utilizados solo con fines científicos y que puedo abandonar la misma cuando considere oportuno. Así mismo se me ha explicado que los datos serán utilizados de manera anónima y confidencial.

Acepto de manera libre y voluntaria colaborar entendiendo la importancia de la investigación

Lima, de de 20

Firma del participante

Firma del responsable

Anexo B**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Fecha : _____

Centro de Salud : _____

Nombres y Apellidos : _____

Edad : _____

Sexo : ☐ H ☐ M

Estado Civil : ☐ C ☐ S ☐ Vdo. ☐ Div./S ☐ Conv.

Grado de Instrucción : _____
(indicar si es técnica o universitaria de darse el caso)

Ocupación : _____

Lugar de Residencia : _____

Observaciones Dx : _____

Anexo C

Resultado de criterio de jueces del inventario de depresión de Beck-II

ÍTEM	RESULTADO OBTENIDO POR LOS JUECES					V
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	5	5	5	5	5	1.00
2	5	5	5	5	5	1.00
3	5	5	5	5	5	1.00
4	5	5	5	5	5	1.00
5	5	5	5	5	5	1.00
6	5	5	5	5	3	0.90
7	5	5	5	5	5	1.00
8	5	5	5	5	5	1.00
9	5	5	5	5	5	1.00
10	5	5	5	5	5	1.00
11	5	5	5	5	5	1.00
12	5	5	5	5	5	1.00
13	5	5	5	5	5	1.00
14	5	5	5	5	5	1.00
15	5	4	5	5	5	0.95
16	5	5	5	5	5	1.00
17	5	5	5	5	5	1.00
18	5	5	5	5	5	1.00
19	4	5	5	5	5	0.95
20	5	5	5	5	5	1.00
21	5	5	5	5	5	1.00

V es el promedio de los valores otorgados por los jueces al ítem menos uno dividido entre el rango de valores de la escala de valoración del ítem. Se obtuvieron así, valores del coeficiente V de Aiken entre 0.90 y 1.00.

$$V = \frac{\bar{X} - l}{k}$$

\bar{X} = media de las calificaciones de los jueces en la muestra

l = la calificación más baja, en este caso 1

k = rango de los valores posibles de la escala Likert usada. En este caso K es 5-1

Anexo D

Resultado del Criterio de Jueces para el Cuestionario de Esquemas de Young- Versión Breve (YSQ-S3)

En la presente investigación la evaluación de la validez de la prueba se realizó mediante la validez de contenido a través del criterio de jueces, para tal fin se consideró el aporte de ocho docentes universitarios, expertos en el área así como en métodos de investigación, obteniéndose como resultado que el 100% de los ítems del inventario son válidos, lo que demuestra que es un inventario válido. Los resultados se muestran a continuación.

Resultado de criterio de jueces del Cuestionario de Esquemas de Young- Versión Breve (YSQ-S3)

ÍTEM	RESULTADO OBTENIDO POR LOS JUECES								V
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	
1	5	5	5	5	5	4	2	3	0.83
2	4	5	5	5	5	4	5	5	0.94
3	5	5	4	5	5	4	5	4	0.91
4	4	5	5	5	5	4	5	3	0.88
5	4	5	4	5	5	4	5	2	0.83
6	5	5	5	5	5	4	5	4	0.94
7	5	5	5	5	5	4	2	3	0.81
8	5	5	4	5	5	4	5	4	0.91
9	5	5	4	5	5	3	5	2	0.81
10	5	5	5	4	4	3	5	4	0.84
11	5	5	5	4	4	3	5	4	0.94
12	5	5	5	5	5	3	2	4	0.81
13	5	5	5	4	5	3	5	2	0.81
14	5	4	4	4	5	3	5	4	0.81
15	4	5	5	5	5	4	5	2	0.84
16	4	5	5	4	5	3	5	4	0.84
17	5	5	4	5	5	3	5	4	0.86
18	5	5	5	5	5	4	5	4	0.94
19	4	5	5	3	5	4	5	3	0.81
20	5	5	4	5	5	4	5	5	0.94
21	4	5	5	4	5	4	5	3	0.84
22	5	4	4	4	5	3	5	4	0.81
23	5	4	5	4	5	3	5	3	0.81
24	5	5	4	5	5	4	5	3	0.88
25	5	5	4	4	5	4	2	4	0.78
26	5	5	4	5	5	4	5	4	0.91
27	4	5	5	4	5	3	5	4	0.84
28	4	4	4	5	5	4	5	2	0.78
29	5	5	4	4	5	4	5	2	0.81
30	4	5	4	5	5	4	5	4	0.88
31	5	5	5	4	5	3	5	2	0.81
32	5	4	5	4	5	4	5	4	0.88
33	5	5	4	5	5	4	5	2	0.84

ÍTEM	RESULTADO OBTENIDO POR LOS JUECES								V
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	
34	5	3	5	4	5	4	5	2	0.78
35	5	5	4	5	5	3	5	5	0.91
36	5	5	4	4	5	4	5	2	0.81
37	4	4	4	5	5	4	2	3	0.72
38	4	5	4	5	5	4	5	4	0.88
39	5	4	4	4	5	3	5	5	0.84
40	4	5	5	3	5	3	2	2	0.66
41	4	4	4	5	5	4	5	2	0.78
42	5	5	5	5	5	4	2	2	0.78
43	5	5	5	4	5	4	5	4	0.91
44	4	4	5	5	5	4	5	4	0.88
45	5	5	5	4	5	4	5	2	0.84
46	4	5	5	4	5	4	5	2	0.81
47	5	5	5	4	5	4	5	4	0.91
48	4	5	4	5	5	4	5	4	0.88
49	5	4	4	5	5	3	5	4	0.84
50	4	3	4	5	5	4	5	4	0.81
51	5	5	5	4	5	3	5	2	0.81
52	4	4	4	4	4	4	5	4	0.78
53	4	5	4	5	5	4	5	3	0.84
54	5	5	5	5	5	4	5	2	0.88
55	5	5	5	5	5	4	2	3	0.81
56	5	5	5	5	5	4	2	4	0.84
57	4	5	5	5	5	4	5	5	0.94
58	4	5	4	5	5	4	5	4	0.88
59	5	5	4	5	5	4	5	3	0.88
60	4	5	4	4	5	4	5	2	0.78
61	4	4	4	4	5	4	2	2	0.66
62	4	4	5	4	5	3	5	4	0.81
63	5	4	5	5	5	3	4	2	0.78
64	5	5	4	4	5	4	5	4	0.88
65	5	5	4	4	5	4	5	4	0.88
66	5	4	5	5	5	4	5	2	0.88
67	4	5	5	5	5	3	5	4	0.88
68	4	4	5	4	5	4	5	2	0.78
69	5	5	5	4	5	3	5	2	0.81
70	4	4	5	4	5	4	5	3	0.81
71	5	4	5	4	5	3	5	2	0.78
72	4	5	4	5	5	4	5	2	0.81
73	5	4	4	5	5	4	5	3	0.84
74	4	4	4	3	5	3	5	5	0.78
75	4	5	5	5	5	4	5	5	0.94
76	5	4	5	4	5	4	5	5	0.91
77	5	5	5	3	5	4	5	4	0.88
78	4	5	5	4	5	4	5	2	0.81

ÍTEM	RESULTADO OBTENIDO POR LOS JUECES								V
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	
79	5	5	5	5	5	4	2	2	0.78
80	4	5	5	4	5	4	5	4	0.88
81	5	5	4	4	5	3	5	2	0.78
82	5	5	5	3	5	3	5	4	0.84
83	5	5	5	4	5	4	5	4	0.91
84	3	3	5	4	4	4	5	5	0.78
85	3	4	5	5	5	3	5	2	0.75
86	4	4	5	5	5	3	5	4	0.84
87	5	5	4	4	2	3	5	5	0.78
88	5	3	4	4	5	4	2	4	0.78
89	5	5	5	5	5	4	5	5	0.97
90	5	5	5	4	5	4	5	2	0.84

V es el promedio de los valores otorgados por los jueces al ítem menos uno dividido entre el rango de valores de la escala de valoración del ítem. Se obtuvieron así, valores del coeficiente V de Aiken entre 0.66 y 0.97.

$$V = \frac{\bar{X} - l}{k}$$

\bar{X} = media de las calificaciones de los jueces en la muestra

l = la calificación más baja, en este caso 1

k = rango de los valores posibles de la escala Likert usada. En este caso K es 5-1